

التربية الخاصة

رؤية حديثة في الإعاقات وتعديل السلوك



محمد حسين قطناني

ميسون محمد عثمان

آلاء سليم البنا



التربية الخاصة

رؤية حديثة في الإعاقات وتعديل السلوك

.

التربية الخاصة

رؤية حديثة في الإعاقات
وتعديل السلوك

تأليف
محمد حسين قطناني
ميسون محمد عثمان
آلاء سليم البنا









2012



رؤيتنا: العلم والثقافة أساسان متينان للحياة السوية على طريق النجاح والعمل الإبداعي
رسالتنا: نشر الإبداعات في شتى صنوف العلم والمعرفة بما يسهم في التطور مع المحافظة على الموروث لإعداد جيل صالح يرتقي بالأمة نحو الآفاق ويضعها في صدارة الأمم.
قيمنـــا: منارات ترشدنا لتحقيق رؤيتنا ورسالتنا

371.9

قطناني، محمد حسين

التربية الخاصة.. رؤية حديثة في الإعاقات وتعديل السلوك/ محمد حسين قطناني، ميسون محمد عثمان، آلاء سليم البنا.- عمان: دار أمواج للنشر والتوزيع، 2012

(514) ص

ر.إ.: (2012/5/1519)

الواصفات : صعوبات التعلم/ الطلاب المعوقون/ أساليب التدريس



للطباعة والنشر والتوزيع

أمواج للطباعة والنشر والتوزيع

الأردن – عمّــان

ماركا الشمالية – دوار المطار – ماركا سنتر

تلفاكس: 0096264888361

E-mail: amwajpub@yahoo.com

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الفصل الثالث

الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة

الموضوع **الصفحة**

الفصل الرابع

التدخل المبكر

الفصل الخامس

دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الفصل السادس

تدريب المعلمين وفقاً لفلسفة الدمج

الفصل السابع

القياس والتقويم في التربية الخاصة

الموضوع	الصفحة

الفصل الثامن

الإعاقة العقلية

الفصل التاسع

اللعب والفن للمعاقين عقلياً

فهرس المحتويات

الموضوع **الصفحة**

الفصل العاشر

صعوبات التعلم

الفصل الحادي عشر

الإعاقة السمعية

الفصل الثاني عشر

الإعاقة البصرية

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الفصل الثالث عشر

التوحد

الفصل الرابع عشر

الموهبة والتفوق

الموضوع **الصفحة**

الفصل الخامس عشر

المهارات الاجتماعية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

الفصل السادس عشر

الإجراءات السلوكية في تقوية السلوك الأكاديمي والاجتماعي المقبول

فهرس المحتويات

الإهداء

إلى أبنائنا

[المعتز باللـه ـ إباء]، [يوسف، لُجين]

برؤيتكم تحلو أيامنا...

بوجودكم تتبدد غيوم حياتنا...

أيا عصافيراً صغار تتلألأ في المساء

يا شهداً حين يشدو أحلى من عزف الكنار

إنكم في القلب نبض

ورحيق في الديار

المؤلفون

إهداء خاص

إلى سندي في الحياة وفرحي وأملي في المستقبل... زوجي (أسامة)...

ميسون

إلى زوجتي (آلاء)

محمد

إلى زوجي (محمد)

آلاء

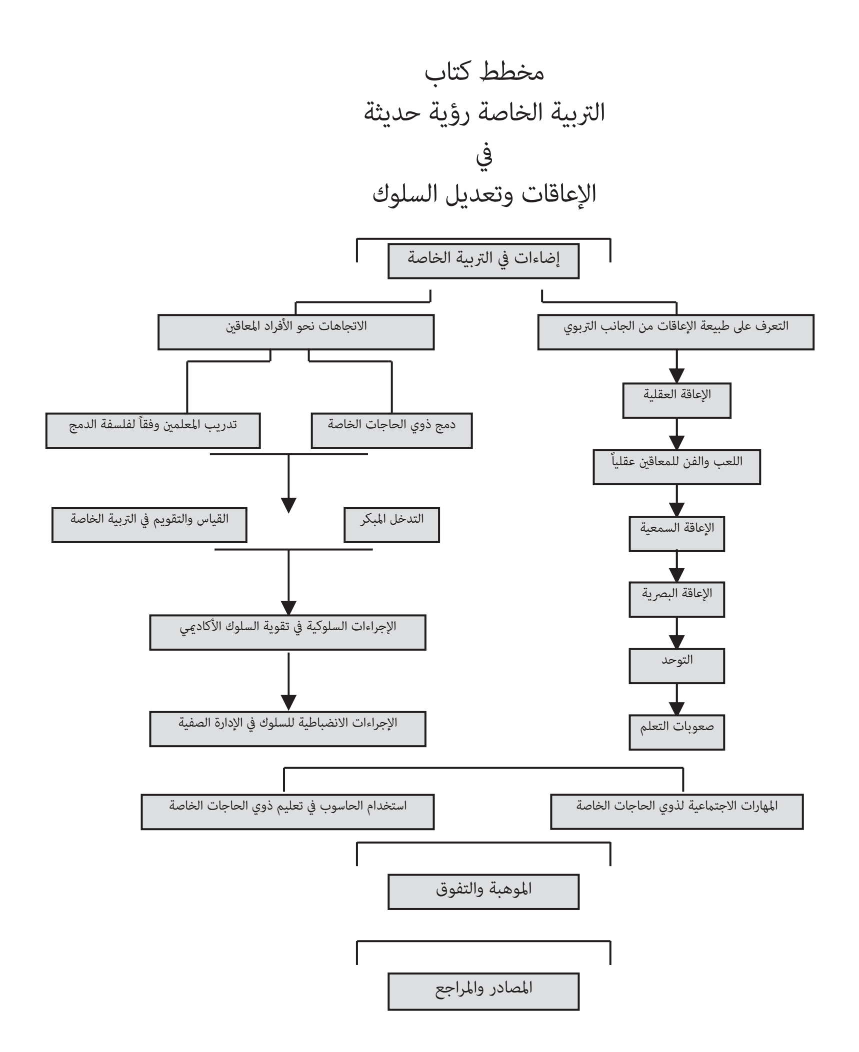
كلمة شكر

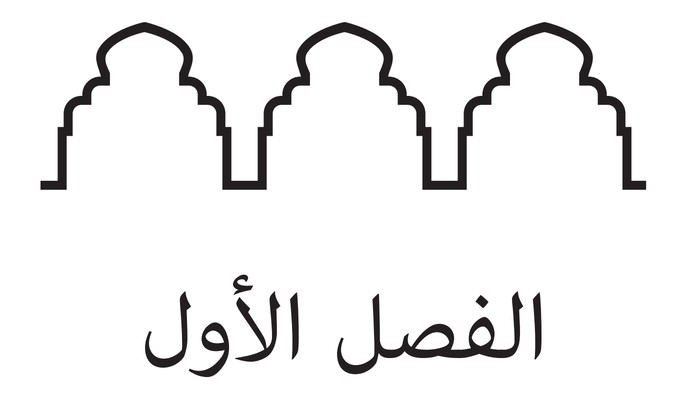
من لا يشكر الناس... لا يشكر اللـه

إلى أساتذتي وزملائي المبجلين الذين آمنوا بأهمية الرعاية وحقوق الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.... متخذين من الإخلاص رسالة ومن التعليم أمانة...

وأخص بالذكر

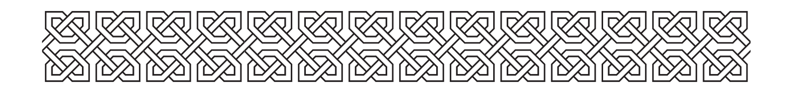
جميع من يعمل مع فئات التربية الخاصة

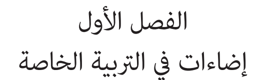

مخطط كتاب
التربية الخاصة رؤية حديثة
في
الإعاقات وتعديل السلوك
إضاءات في التربية الخاصة
التعرف على طبيعة الإعاقات من الجانب التربوي
الاتجاهات نحو الأفراد المعاقين
الإعاقة العقلية
دمج ذوي الحاجات الخاصة
تدريب المعلمين وفقاً لفلسفة الدمج
اللعب والفن للمعاقين عقلياً
التدخل المبكر
القياس والتقويم في التربية الخاصة
الإعاقة السمعية
الإعاقة البصرية
الإجراءات السلوكية في تقوية السلوك الأكاديمي
التوحد
الإجراءات الانضباطية للسلوك في الإدارة الصفية
صعوبات التعلم
المهارات الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة
استخدام الحاسوب في تعليم ذوي الحاجات الخاصة
الموهبة والتفوق
المصادر والمراجع



الفصل الأول

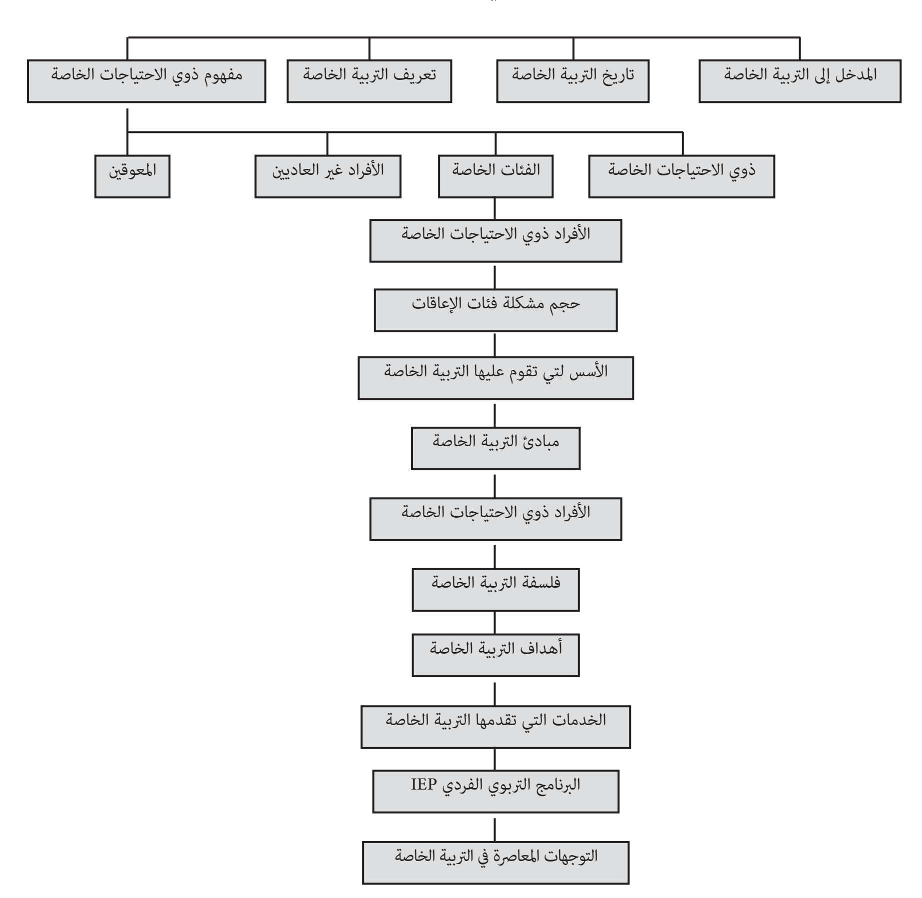
إضاءات في التربية الخاصة





الفصل الأول

إضاءات في التربية الخاصة



الفصل الأول

إضاءات في التربية الخاصة

مدخل إلى التربية الخاصة:

يعتبر وجود الفئات الخاصة من المعوقين وحتى الموهوبين في أي مجتمع من المجتمعات الحديثة ظاهرة اجتماعية ليست غريبة، حيث أنها فرضت نفسها بسبب التعقيد في الحياة الاجتماعية والنفسية، والتي نشأت نتيجة لظروف الحروب المتتالية وحركة التصنيع المستمرة، وخلاف ذلك من مظاهر الحياة العديدة في عصرنا الحاضر التي أدت إلى زيادة نسبة المعوقين من ناحية وتعدد مظاهر الإعاقة من ناحية أخرى ولا يعني بالإعاقة أو العجز الذي يصيب الإنسان أن يكون عجزاً كلياً أو شاملاً فلكل قدرته وعجزه من ناحية ما من نواحي الشخصية العامة، كذلك فإن الشخص المعوق هو في نفس الوقت قادر تحت ظروف معينة وفق تدريبات خاصة، وينبغي أن ندرك أن من أهم أسباب هذا العجز هو التفاعل المستمر بين الفرد وبيئته. ولما كانت التربية الخاصة وسيلة عالة على مساعدة المعوقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف السليم مع البيئة التي يعيشون فيها وإعدادهم الإعداد السليم لتحقيق أهداف الحياة الخاصة التي يعيشها العاديون. (عبيد، 2000)، (الخطيب، 2008).

لذلك تبرز أهمية تربية الفئات الخاصة في تزويدهم بما يساعدهم على الاندماج مع الأسوياء، بعد أن كان العزل للمعاق يأتي نتيجة رفض الآخرين له، فيكون العزل مفروضاً عليه، أو أن يعزل نفسه بصفة تلقائية خوفاً من رفض الآخرين له وتحاشياً لما قد يسببه الاتصال بهم من مواقف سلبية بالنسبة له.

لذلك فإن الاهتمام بالمعاقين والموهوبين وتوفير نوع خاص من التربية لهم، تهتم بهم وتوصلهم إلى أقصى حد لقدراتهم أو المحافظة عليها، هو في المرتبة الأولى واجب إنساني واجتماعي مستوحى من القيم الدينية والإنسانية، ومن طبيعة التكامل الاجتماعي وحق الفرد على المجتمع.

كما أن العناية بهم يعتبر إعداداً واستثماراً لطاقاتهم واشتراكهم في دفع الاقتصاد القومي وإسهامهم الإيجابي في زيادة حجم الإنتاج وطاقة المجتمع، بالإضافة إلى أن العناية بتعليمهم وتأهيلهم يجنب المجتمع أعباء كبيرة متزايدة.

ومن ثم فإن إحداث التلاؤم والتكيف بين كل من المعاق وكذلك الموهوب والبيئة يمكن أن يتم عن طريق التعليم داخل المؤسسات التعليمية وخارجها، مما يؤدي إلى تحقيق التكيف الملائم.

إذن ينبغي أن يقدم المجتمع لأفراده من ذوي الاحتياجات الخاصة الخدمات التربوية والتعليمية التي تصل بهم إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراتهم ومواهبهم، في مؤسساته التعليمية، مع ضرورة توفير المعلم المتخصص في هذا الميدان، القادر على الإسهام في تقديم هذه الخدمات لهم بالشكل الملائم.

ولعل أول سؤال يتبادر إلى ذهن القارئ حديث الإطلاق على قضايا هذه الفئة من الأفراد كغير العاديين هو: من هم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأطفال غير العاديين؟ وسوف يتم في البداية توضيح ما هو المقصود بهذه الفئة من الأفراد كما سيتم توضيح بعض المصطلحات ذات العلاقة بهذه الفئة من الأفراد، كذلك سوف يتم تناول العديد من المفاهيم والقضايا الأساسية ذات العلاقة في التربية الخاصة. (القمش والمعايطة، 2007).

قبل الخوض في مفهوم التربية الخاصة ومحاولة تعريفه فلا بد لي أولاً من الإشارة إلى النقاط التالية:

- التربية الخاصة في جوهرها لا تختلف عن التربية العادية من حيث الأهداف العامة.
- التربية الخاصة نشأت تاريخياً كنظام مستقل عن التربية العامة بهدف توفير أفضل الفرص التعليمية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ميدان التربية الخاصة هو ذلك الميدان الذي يهتم بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التربية الخاصة ذات جدوى اقتصادية وإنسانية على المدى البعيد والقريب.
- التربية الخاصة هي سلسلة من الخدمات والبرامج التي تنفذ وفقاً لبدائل تربوية وإدارية متنوعة.

تاريخ التربية الخاصة:

وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور والأزمان، ومنذ أقدمها، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأفراد غير العاديين قد اختلفت من عصر إلى آخر،

تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل، والمعايير، فقد كان التخلص من الأطفال المعوقين هو الاتجاه السائد في أيام اليونان والرومان باعتبارهم أفراداً غير صالحين لخدمة المجتمع، أما في الوقت الذي ظهر فيه الديانات السماوية فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هي الاتجاه السائد، إذ حضت الديانات السماوية على معاملة المعوقين بشكل إنساني، ولكن في بدايات القرنين السادس والسابع عشر ساد الاتجاه السلبي في معاملة المعوقين، وبقي الحال كذلك حتى القرنين الثامن والتاسع عشر، ولكن بعد قيام حركات الإصلاح كالثورة الفرنسية، والأمريكية، كما ظهرت الأفكار التي تنادي بحماية وتعليم المعوقين. (الروسان، 2001)، (الدقب، أسامة، 2011).

وفي الفترة من 1900م وحتى الآن التي امتازت هذه بزيادة الاهتمام والرعاية والخدمات التربوية لكل الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. ويرجع ذلك إلى صدور عدة قوانين حكومية تؤكد حقوق هؤلاء الأفراد، مما أدى إلى ظهور كثير من الجمعيات والمؤسسات التي تدافع عن هذه الحقوق والتي وقف من خلفها معظم الآباء والأخصائيين.

وفي بداية عام 1960م، بدأ الاهتمام ببرامج التربية الخاصة لفئات الإعاقة المختلفة في كثير من دول العالم، وفي مقدمتها الولايات المتحدة الأمريكية التي اهتمت بشكل خاص بهذه الفئات متمثلاً في كثير من الخدمات والبرامج التعليمية الخاصة التي امتدت لتغطي ما يزيد على أربعة ملايين طفل يتلقون برامج خاصة في معاهد ومدارس متخصصة.

ويعتبر التقدم في العناية الصحية واستخدامِ أساليب الوقاية والعلاج المتطورة والتي أدت إلى إنقاذ حياة الكثير من أفراد هذه الفئات إلى طول

أعمارهم، من الأسباب الرئيسية التي أدت إلى زيادة عدد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع. وعلى الرغم من كل هذا التقدم والرعاية، فما زال هناك نقص وضعف وإهمال، خاصة في البرامج التي تقدم إلى الأطفال المعوقين بدرجة شديدة والذي يحتاجون إلى رعاية خاصة وكاملة في مراكز متخصصة، فأغلب هذه المراكز تهتم فقط بالاحتياجات الأساسية ولا تهتم بطرق التعليم التي ترفع من مهارات وقدرات أفراد هذه الفئة. (عبيد، 2000).

إن هذا التطور لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوروبا، فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فرويل منتسوري وبياجيه وبينيه، وستراس آثاراً واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر، كما كان التقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب والقانون آثاراً واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة وبخاصة في موضوع طرائق قياس تشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية، وإعداد البرامج التربوية والمهنية، وهكذا أصبح ميدان التربية الخاصة ميداناً متخصصاً من جذوره الممتدة والمتصلة بعلوم النفس والطب والتربية والأعصاب والاجتماع والقانون.

وتبدو مظاهر نمو ميدان التربية الخاصة في الدول العربية في:

1ـ الاهتمام المتزايد بقطاع الأفراد غير العاديين في المجتمع، وذلك من خلال فتح وإعداد المدارس والمؤسسات التي تعنى بالأفراد غير العاديين في المجتمع.

2ـ تدريب الكوادر العاملة في ميدان التربية الخاصة.

3ـ اهتمام الجامعات وكليات المجتمع العربية بإعداد الكوادر المتخصصة في ميدان التربية الخاصة. (عبيد، ماجدة، 2000)، (الروسان، فاروق، 2001).

تعريف التربية الخاصة:

يعتبر موضوع التربية الخاصة من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية الخاصة وعلم النفس مقارنة بموضوعات هذا الميدان، مثل علم نفس النمو، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الاجتماعي... الخ. وتعود جذور هذا الموضوع وبداياته إلى النصف الثاني من القرن العشرين. وهناك موضوعات وعلوم كثيرة تغذي ميدان التربية الخاصة، منها: علم النفس والتربية وعلم الاجتماع والقانون والطب. أما موضوع التربية الخاصة فهو يهدف خدمة الأفراد غير العاديين (exceptional individuals) الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس المناسبة لهم. (صبحي، 1994، ص8)، (القمش والمعايطة، 2007، ص19).

ويمكن تعريف التربية الخاصة من خلال أكثر من منظور، فالبعض قد ينظر لها من زاوية قانونية، والبعض الآخر قد يراها من زاوية إدارية بحتة، على اعتبار أنها جزء من النظام المدرسي، ومجموعة أخرى قد تنظر لها من منظور اجتماعي أو سياسي على اعتبار أنها إحدى ثمار حركة الحقوق المدنية أو

لكونها تعكس التغيرات في الاتجاهات المجتمعية نحو الإعاقة بشكل عام. لكن جميع التعريفات هذه لا تتحدث عن روح التربية الخاصة أو جوهرها، فجوهر التربية الخاصة هو التعلم. (الروسان، 2005)، (الخطيب وآخرون، 2009)، (اللالار، زياد، 2011).

ومما تقدم يمكن تعريف التربية الخاصة بأنها:

«مجموعة البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، إضافة إلى مساعدتهم في تحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف». (الروسان، 2001، ص17)، (القمش، المعايطة، 2007، 196)، (اللالار، زياد، 2011).

كما ورد في كتاب (عبيد، 2000) أن (سميث) اعتبر التربية الخاصة بأنها ذلك المجال المهني الذي يهتم بتنظيم المتغيرات التعليمية التي تؤدي إلى الوقاية من أو خفض أو تجنب الظروف التي ينتج عنها قصور واضح في الأداء الوظيفي للأطفال في المجالات الأكاديمية والتوصيلية والحركية والتوافقية.

أما الحديدي فتعرف التربية الخاصة بأنها جملة الإجراءات، البرامج، الطرائق، الأساليب، الوسائل والخدمات التي تهدف إلى مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، بهدف العمل على دعم وتطوير نقاط القوة وتحسين نقاط الضعف لديهم، بهدف الوصول بهم إلى أقصى درجات الاستقلالية. (عبيد، 2000).

أما تعريف التربية الخاصة والذي اعتمدته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي فهو: أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والمصممة بشكل

خاص لمواجهة حاجات الأفراد المعوقين والتي لا يستطيع معلم الصف العادي تقديمها وتتضـمن الأساليب والوسائل الخاصة والمساعدة في تسهيل تعليم المعاقين وتنمية قدراتهم إلى أقصى حـد ممكن. (عبيد، 2000).

أما تعريف اليونسكو فتعرف التربية الخاصة على أنها: التربيـة التـي تسـتهدف، داخـل صفوف خاصة ومجموعات ومؤسسات خاصة، أطفالاً يمثلون حالات التعلم المـدرسي والجـامعي المطلق الذي توضع في إطاره مناهج خاصـة بالأطفـال اليـافعين المصـابين بإعاقـات جسـدية، أو عقلية أو نفسية، وتكون متكيفة مع احتياجاتهم، أو تعتمد فيه طرائق تعليميـة خاصـة. (عبيـد، ماجدة، 2000، ص18). (طربيه، محمد، 2005).

فالملاحظ من المفاهيم السابقة أن مصطلح التربية الخاصة يسـتخدم للدلالـة عـلى تلـك المظاهر في العملية التعليمية التـي تسـتخدم مـع التلاميـذ المعـاقين أو التلاميـذ الموهـوبين، ولا تستخدم عادة مع الغالبية العظمى من التلامذة المتوسطين.

كما ويتضح من هذه التعريفات أن التربية الخاصة تطلق على البرامج المعـدة خصيصـاً، وأيضاً تشمل المقررات الدراسـية والوسـائل والأدوات والتجهيـزات الخاصـة لـذوي الاحتياجـات الخاصة وذلك لتحقيق:

أولاً: تنمية قدرات هذه الفئة من التلاميذ إلى أقصى حد ممكن.

ثانياً: مساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي يعيشون فيه وعدم انعزالهم باعتبـارهم جزء من هذا المجتمع.

ثالثاً: تأهيلهم للعمل ومساعدتهم في التنمية حتى لا يكونوا عالة على المجتمع وأن يأخذوا دورهم في الحياة.

كما يتضح أن التربية الخاصة: تعني تربية الأطفال غير العاديين، وهم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة الذين يختلفون عن أقرانهم العاديين إما في قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسمية أو الأكاديمية أو السلوكية والانفعالية أو التواصلية، هذا الاختلاف يوجب إجراء تعديلات ضرورية في المتطلبات التعليمية والمستلزمات المدرسية، ويتم ذلك من خلال الوسائل والطرق والأساليب والبرامج التي من شأنها أن يمكن هؤلاء الأفراد من الاستفادة من البيئة التربوية الطبيعية.

وبناء عليه فإن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلباً على قدراتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة.

الفئات التي تشملها التربية الخاصة

- الموهبة والتفوق
- اضطرابات النطق أو اللغة
- الإعاقة البصرية
- الإعاقة العقلية
- الإعاقة السمعية
- الإعاقة الحركية
- الإعاقة الانفعالية
- التوحد
- صعوبات التعلم

(محمد، فتحي، 2008، ص14)، (الروسان، 2001)، (الخطيب، 2008)، (طربيه، محمد، 2008).

مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة:

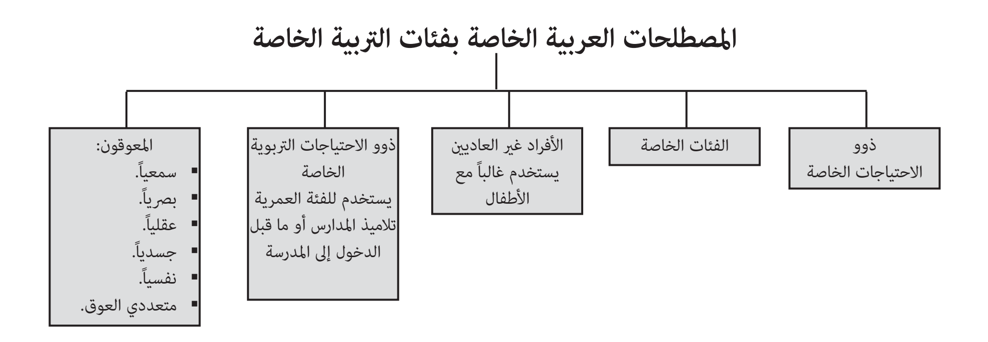
والمقصود بذوي الاحتياجات الخاصة في هذا البحث: هم المعوقون والموهوبون والمتفوقون، حيث يذكر أن هناك اتجاهات تربوية حديثة لاستخدام مسمى ذوي الاحتياجات الخاصة بدلاً من (مصطلح معوقين)، لأن المصطلح الثاني يعبر عن الوصم بالإعاقة، وما لها من آثار نفسية سلبية على الفرد. (القريوتي وآخرون، 1995).

كما أن هناك دلائل مستمدة من علم النفس والاجتماع والتربية أن المسميات قد تكون ذات أثر معوق، لذا يتوجب علينا الحذر عند استخدام المصطلحات التي نلصقها بالأفراد الذين نريد مساعدتهم ويمكن حصر المصطلحات العربية الخاصة بهذه الفئات والتي تستخدم في هذا المجال وتعريفاتها. (الموسى، 1998) وهي:

1ـ ذوو الاحتياجات الخاصة: وهو يعني أن في المجتمع أفراداً لهم احتياجات خاصة تختلف عن احتياجات باقي أفراد المجتمع، وتتمثل هذه الاحتياجات في برامج أو خدمات أو أجهزة أو تعديلات، وتحدد طبيعة هذه الاحتياجات الخصائص التي يتسم بها كل فرد منهم. وذلك يعني أنها تشمل المعوقين، الموهوبين، المرضى، الحوامل، المسنين... الخ.

2ـ الفئات الخاصة: ويدل هذا المصطلح على أن المجتمع يتكون من عدة فئات، ومن بينها فئات تنفرد بخصوصية معينة.

وذلك يعني أن المصطلحان السابقان مترادفان.



3ـ الأفراد غير العاديين: غالباً ما يطلق هذا المصطلح على الأطفال الذين يختلفون عن أقرانهم، إما في قدراتهم العقلية أو الحسية أو الجسمية أو التواصلية... الخ. وهذا الاختلاف يتطلب برامج لسد احتياجاتهم.

وهذا المصطلح مرادف للمصطلحين السابقين، إلا أنه يستخدم غالباً مع الأطفال.

4ـ ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة: ويطلق هذا المصطلح على الفئة العمرية لتلاميذ المدارس أو ما قبل مرحلة الدخول إلى المدرسة، كما أن طبيعة احتياجاتهم تربوية.

5ـ المعوقون: وهم فئة من الفئات الخاصة أو من ذوي الاحتياجات الخاصة، وتندرج تحت هذا المصطلح جميع فئات ذوي العوق مثلاً المعوقين بصرياً، المعوقين سمعياً، المعوقين عقلياً، المعوقين جسدياً، المعوقين تواصلياً، المعوقين نفسياً ومتعددي العوق، إلى غير ذلك من أنواع العوق. (حبيب، زينب، 2005).

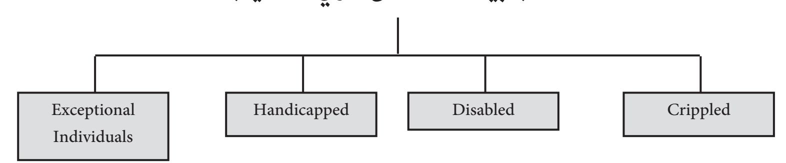
المصطلحات الأجنبية للدلالة على ذوي الاحتياجات الخاصة:

نجد في معجم أكسفورد التاريخي (The Oxford English Dictionary)

إشارة إلى أن مصطلح Crippled استخدم بمعنى يحرم جزئياً أو كلياً من أحد أطرافه أو يعوق، وبمعنى يعيق وأيضاً للدلالة على الإصابة بالشلل.

أما مصطلح Disabled فقد ورد بمعنى غير قادر أو مصاب بعجز أو فاقد للأهلية. أما مصطلح Handicapped فاقتصر استخدامه على معنى واحد وهو الشخص المعوق، سواء جسدياً أو عقلياً ولا يزال إلى الآن يستخدم بمعنى معوق.

المصطلحات الأجنبية الدالة على ذوي الاحتياجات الخاصة



بالإضافة إلى مصطلح (Exceptional Individuals الأفراد غير العاديين) وهم الأفراد الذين ينحرف أداؤهم عن الأداء الطبيعي، إما فوق المتوسط أو أقل منه، بحيث تصبح هناك حاجة ضرورية لبرامج خاصة بهم. (الخطيب والحديدي، 2002)، (اللالار، زياد، 2011).

إذاً ما هي التربية الخاصة؟

حتى نجيب عن هذا السؤال بشكل جيد، لا بد لنا من الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

- من هم المستفيدون من الخدمات التربوية الخاصة؟ ومن يقدم تلك الخدمات؟
- ما الذي تقدمه برامج التربية الخاصة؟

- أين يتم تقديم الخدمات التربوية الخاصة؟
- كيف تقدم الخدمات التربوية الخاصة؟

فيما يتعلق بالسؤال الأول فقد أشرنا إلى الفئة المستهدفة من برامج التربية الخاصة وهم أولئك الأفراد تقتضي حاجاتهم التربوية الخاصة توفير برامج تربوية فردية لهم.

أما عن مقدمي هذه الخدمات الخاصة فهم معلمو التربية الخاصة والمعلمون العاديون الذين خضعوا لبرامج تدريبية متخصصة للعمل مع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة (المعلمون العاديون أصبح لهم دور مهم بعد تطبيق أفكار الدمج) هم المسؤولون عن تقديم التدريس للطلبة ذوي الحاجات الخاصة. ويعمل هؤلاء بالتعاون مع أعضاء آخرين كالأخصائي النفسي في المدرسة أو أخصائي النطق واللغة أو المرشد أو غيرهم. ويتعاون هؤلاء جميعاً لتقديم الخدمات التربوية الخاصة أو الخدمات الأخرى المساندة التي يحتاجونها الطلاب وذلك بالتعاون مع أسر وأهالي هؤلاء الطلبة.

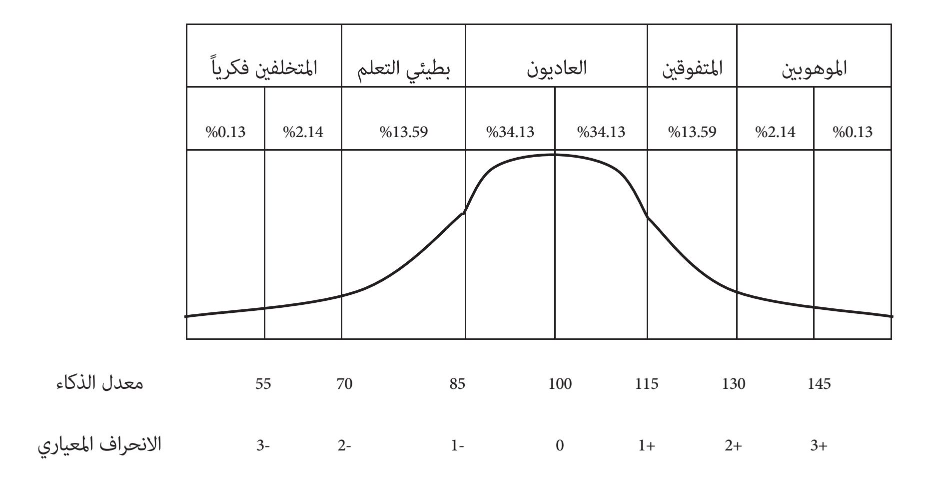
أما بالنسبة للسؤال الثاني، فإنه يمكن القول بأن الذي يميز التربية الخاصة عن التربية العادية يتمثل في ما الذي يتم تعليمه. فالطلبة ذوي الحاجات الخاصة يحتاجون إلى تدريس مكثف ومنظم لتعلم تلك المهارات التي يتعلمها الطلبة العاديون بشكل تلقائي وطبيعي كمهارات العناية بالذات (مثل: تناول الطعام واستخدام الحمام).

ومن الملامح التي ظهرت لنا فيما سبق نجد أن المكان له علاقة بكيفية تقديم خدمات التربية الخاصة فعلى الرغم من أن غالبية الطلبة ذوي الحاجات

الخاصة يتلقون تعليمهم في الصفوف العادية. إلا أن عدداً كبيراً منهم يقضي جزءاً من وقته المدرسي في غرف المصادر لتلقي التعليم الفردي، أما بقية الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، فإنهم يتلقون هذه الخدمات التربوية الخاصة في أماكن أخرى كالصفوف الخاصة أو المدارس النهارية الخاصة أو حتى مؤسسات الإقامة الدائمة. (الصمادي، الناطور، 2003).

أما كيف يقدم معلمو التربية الخاصة التعلم، فهو الجانب الآخر الذي يمكن من خلاله تمييز التربية الخاصة من التربية العادية. فقد يستخدم معلم التربية الخاصة أحياناً طرائق تدريس خاصة (لغة الإشارة لتواصل مع طلبتهم الصم) لكن ينبغي التأكيد هنا على أن معلمي التربية الخاصة يستخدمون في معظم الأحيان مهارات التدريس الأساسية ذاتها التي يستخدمها المعلمون العاديون.

الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة:



التوزيع الطبيعي للقدرات الفكرية

الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانوا ذكوراً أو إناثاً، وعلى مختلف مراحلهم النمائية أفراداً مثلنا أولاً، ومختلفون عنا ثانياً، ويأخذ الاختلاف شكلين أساسيين هما:

أ ـ فوق المتوسط العام (متفوقون) يحتاجون لخدمات التربية الخاصة.

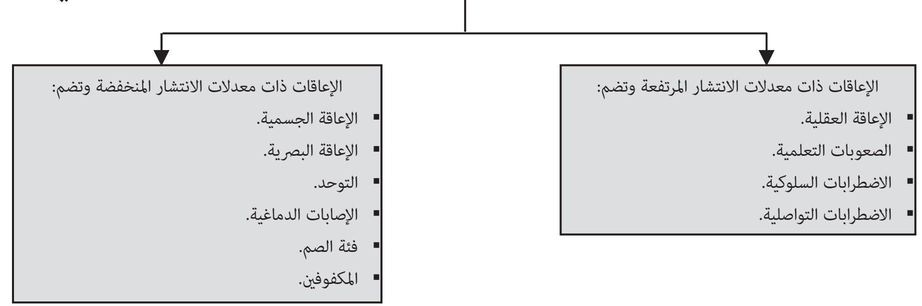
ب ـ دون المتوسط العام (معوقون) يحتاجون لخدمات للتربية الخاصة. (طربيه، محمد، 2008)، (القمش، المعايطة، 2007)، (حبيب، زينب، 2005).

حجم مشكلة فئات الإعاقة:

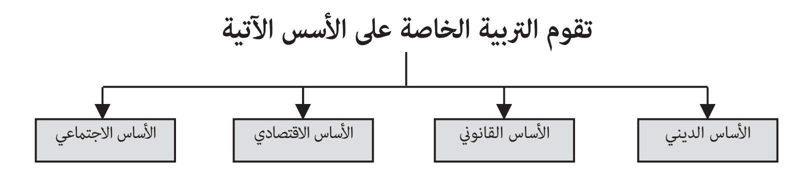
لا توجد إحصاءات دقيقة حول نسبة شيوع وانتشار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إلا أن أكثر التقديرات التي صدرت عن وكالات الأمم المتحدة كاليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والتي تشير إلى أن 10% من أفراد المجتمع يعتبرون من ذوي الاحتياجات. وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق آراء الخبراء إلى أن ما نسبته 10ـ15% من الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة ومن المتوقع أن تكون هذه النسب في حدها الأعلى في الدول النامية، وفي حدها الأدنى في الدول المتقدمة وذلك للتباين الواضح في الخدمات الصحية والرعاية الطبية والتشخيص والتدخل المبكر بين الدول النامية والدول المتقدمة.

الإعاقات جميعاً (10%)	
الإعاقة العقلية (2%)	الصعوبات التعلمية (3%)
الاضطرابات التواصلية (3%)	الاضطرابات السلوكية (1.5)
الإعاقة السمعية (0.1%)	الإعاقة البصرية (0.1%)
الإعاقة الجسمية (0.5%)	





الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة:



الأساس الديني: إن ديننا الإسلامي الحنيف أقر مبادئ، وأسساً عامة تكفل لكافة أفراد المجتمع حياة هانئة آمنة، وتنير لهم الطريق الذي يجب عليه سلوكهم، والمعاقين جزء لا يتجزأ من ذلك المجتمع، وانطلاقاً من ذلك فقد اعتنى ديننا الإسلامي الحنيف بهم عناية لم يعرف تاريخ البشرية لها مثيلاً، سابقاً بذلك كافة المواثيق، والإعلانات الدولية عن حقوق الإنسان.

الأساس القانوني: تمثل الإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة، والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والإعلانات العالمية لحقوق المعاقين وما تضمنته من توجهات وأبعاد إنسانية، اعترافاً عالمياً بحقوق المعاقين.

الأساس الاقتصادي: يؤكد على الاهـتمام بتقـديم الخـدمات التعليميـة العامـة والمهنيـة للمعاقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عبئاً على مجتمعهم.

الأساس الاجتماعي: وهو الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التـي ينتمـي إليهـا، وتعليمـه متطلبات العيش الكريم بها، وهذا مما سـاعد عـلى ظهـور الاتجـاه التربـوي المسـمى «التأهيـل المعتمد على المجتمع المحلي». (القمش، المعايطة، 2007، ص21)، (القريوتي وآخرون، 1995، ص29).

مبادئ التربية الخاصة:

تستند التربية الخاصة إلى جملة من المبادئ التي لا بد مـن مراعاتهـا إذا كنـا نسـعى إلى تصميم وتنفيذ البرامج التربوية الخاصة الفاعلة. وهذه المبادئ هي:

1ـ يجب تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصـة في البيئـة التربويـة القريبـة مـن البيئـة التربوية العادية. فالتربية الخاصة، كما هو معـروف، تنـادي بعـدم عـزل الشـخص المعـوق عـن مجتمعه. وهذا ما يعرف باسم الدمج mainstreaming والذي يتضمن توفير بدائل تربوية بعيـداً عن الحياة المعزولة في المؤسسات الخاصة.

2ـ إن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية وتتضمن البرامج الفردية:

أ ـ تحديد مستوى الأداء الحالي.

ب ـ تحديد الأهداف طويلة المدى.

ج ـ تحديد الأهداف قصيرة المدى.

د ـ تحديد معايير الأداء الناجح.

هـ ـ تحديد الموارد والأدوات اللازمة.

و ـ تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها. (الخطيب، جمال، الحديدي، منى، 2003، ص26).

3ـ إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.

4ـ إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة.

5ـ إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة. فمرحلة الطفولة المبكرة مرحلة حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن. (الخطيب، جمال، الحديدي، منى، 2003، ص26).

ومن جهة أخرى بين (فتحي عبد الرسول، في كتابه التربية الخاصة لغير العاديين، 2008) أن التربية الخاصة تقوم على مجموعة من المبادئ والأسس منها:

1ـ حقوق الإنسان تتطلب بأن يكون كل فرد من أفراد المجتمع يأخذ دوره في الحياة رغم قصوره، وأن المعاقين جزء من المجتمع من الضروري مساعدتهم على أداء دورهم فيه.

2ـ واجب المجتمع أن يكون كل فرد من الحصول على تربية مناسـبة تكفـل لـه الارتقـاء بإمكانياته إلى الحد الذي يتفق وإنسانيته وتعويض النقص الطبيعـي الـذي يمكـن تحسـينه مـن هنا كانت ضرورة تربية المعاقين وتعليمهم.

3ـ من متطلبات الديمقراطية المساواة بين الأفراد في الحقوق والواجبات مـا دام الجميـع يخضع لقانون واحد ونظم اجتماعية واقتصادية وسياسية مشتركة حيث أن المعاقين لهـم نفـس ما للعاديين من حقوق.

4ـ ليس الإعاقة جزء على ذنب ارتكبه الفرد أو جدوده، وإنمـا هـي قـدر وراثي قـد يقـع لأي فرد وأي أسرة بحكم قوانين الوراثة. (عبد الرسول، فتحي، 2008).

فلسفة التربية الخاصة:

لقد تزايدت الرؤى الإيجابية للأطفال المعاقين عبر العصور في جميع أنحاء العالم، مما دفع التربية إلى البحث عن وظيفة جديدة مخالفة لما تقدمه للأطفال العاديين لكي تقدمه للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتطورت وظيفة التربية من تخصيص فصول منفصلة في مدارسها العامة لمن تجده في حاجة إلى رعاية خاصة إلى تخصيص مدارس بأكملها لرعاية الفئات المختلفة من التلاميذ الذين تواجههم صعوبات متشابهة في التكيف المدرسي، فأصبحت هناك مدارس لكل فئة على حدة تبعاً لنوع الإعاقة لديها ـ كالمكفوفـين، والصم، والمعاقـين ذهنياً ـ وهكذا وجدت التربية نفسها مطالبة بأن يستقل جانب من فلسفتها ليخدم هؤلاء الأطفال المعاقين، وأن توجه عدداً من أهدافها نحو تحقيق آمالهم وتطلعاتهم مما أدى لظهور ما يسمى التربية الخاصة والتي يظن لأول

وهلة أنه يتعلق بنوعية المقررات الدراسية فحسب ولكنها تهتم بمكونات المنهج التربوي بمفهومه الشامل، الذي يتضمن إلى جانب المقررات الدراسية، الكتب والمراجع والوسائل التعليمية، والأنشطة المدرسية، وأساليب التقويم التربوية، وأساليب التدريس، بجانب التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي. (الزهير، إبراهيم، 1998).

واستقراء الواقع يبرز إشكالية تربوية، في نظم إعداد معلم ذوي الاحتياجات الخاصة تتضح في الاهتمام الشديد بالفئات الخاصة ذات الإعاقات الشديدة، أو المتوسطة طبقاً لتصنيف الإعاقة وشدتها، في مؤسسات التربية السمعية أو التربية البصرية أو التربية الفكرية، وهذه الإشكالية تبرز تساؤلاً هاماً وهو: ما مصير الأطفال الذين يعانون من إعاقات بسيطة مثل ضعاف البصر، وضعاف السمع، وبطيئي التعلم، وذوي صعوبات التعلم والتخلف الدراسي (نسبة الذكاء بين 75ـ90) هذا بالإضافة إلى الفئات متعددة الإعاقات والمصابون بالاضطراب الانفعالي، وصعوبات النطق والكلام، وهم جملة من الفئات تحتاج لتعليم يعتمد على الدمج في مدارس العاديين، وهي بالفعل إشكالية تربوية عندما يلحقون بفصول التربية الخاصة ذات الإعاقات الشديدة طبقاً لمبدأ العزل، حيث تكون مجموعات الدارسين غير متجانسة من حيث النوع ومستوى الإعاقة، وسرعة التعلم، كذلك فإن إلحاق المتخلفين دراسياً بالفصول العادية ينعكس على العملية التعليمية ويؤثر فيها، وفي ذات الوقت تتسبب المدرسة العادية في الفشل المتكرر لهؤلاء الأطفال عن طريق دخولهم في منافسة غير متكافئة مع زملائهم ممن هم أعلى منهم في المستوى العقلي، فيترتب على ذلك الشعور بالفشل نظراً لما لديهم من قدرات محدودة، كل ذلك راجع إلى غياب المعلم المتخصص، والمعد الإعداد المناسب لمواجهة آثار تلك

الإشكالية، حيث يتم الإعداد وفق نوع الإعاقة الشديدة فقط، وعلى المستوى المحلي يغيب إعداد هذا المعلم أيضاً في كليات التربية. كما أن عملية دمج الأطفال المعاقين في المدارس العامة كاتجاه حديث فيه اعتراف بحقوق الإنسان، والحقوق الاجتماعية للمعاقين وحقهم في المشاركة الاجتماعية، فضلاً عن أن الاندماج يعني أشياء كثيرة كغياب العزل، أن يكونوا مقبولين من طرف المجتمع، وأن يعاملوا مثل الآخرين، حيث تقتضي فلسفة الدمج أن تتم تربية المعاقين في مدارس العاديين تمهيداً لدمج اجتماعي ومهني مستقبلي يجنبهم الاغتراب في مجتمعهم. إلا أن دمج الأطفال المعاقين يحتم على المدرسة ضرورة التعرف على الحاجات التعليمية للتلاميذ بصورة عامة وللمعاقين بصورة خاصة حتى يمكن إعداد البرامج التربوية المناسبة لمواجهتها، حيث يعتمد نجاح الدمج على استخدام برامج تربوية مناسبة لمواجهة حاجاتهم الأكاديمية والاجتماعية والنفسية في الفصول العادية.

كما يتطلب تغيير اتجاهات القائمين على تربية هؤلاء التلاميذ نحو الغرض من المدرسة، وكيفية تحقيقها لأهداف واسعة النطاق تمتد لتشكل تربية المعوقين في ثناياها، ويتطلب ذلك العديد من الإجراءات تتمثل أهمها في إعداد المعلمين إعداداً مناسباً لهذا الغرض. (الزهيري، إبراهيم، 1998).

وتوضح الدراسات أن معظم الاتجاهات العالمية المعاصرة في الدول المتقدمة تطبق سياسة تعليم الأطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين، سواء في نفس الفصول أم في فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية، حيث يعتبر الدمج ـ بيئة التعليم الأقل تعقيداً ـ أو ـ البديل التربوي الأقل تقييداً ـ مبدأ رئيس في التربية الخاصة.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا يتم توفير تعلـيماً إلزاميـاً لهـؤلاء الأطفـال مـن سن الخامسة وحتى السادسة عشرة، حيـث يتعلمـون مـع أقـرانهم العـاديين في المـدارس التـي تستطيع مقابلة احتياجاتهم، كما يوجـد مـدى واسـع مـن الاختيـار لهـؤلاء الأطفـال في مـدارس وفصول التربية الخاصة.

وفي إيطاليا ينص القانون على التعليم الإلزامي لهم مع الأسوياء باستثناء حـالات الإعاقـة الشديدة، التي تعوق الاندماج في الفصول العادية.

وفي السويد تنص العروض الرسمية على حق الأطفـال المعـاقين في الـتردد عـلى الفصـول العادية والخاصة في المدارس العادية. (الزهيري، إبراهيم، 2002).

أما في النرويج فقد أصبح الدمج من أ هم سمات التربيـة الخاصـة، ومـن أ هـم المبـادئ التي تتواجد في كامل الصرح التربوي حيث صدر قانون عام 1975 ليزيل كل تمييز بـين الأطفـال العاديين والمعاقين، مع إعلان المبدأ العام لحق كل فرد في التربية حسب احتياجاته، حيث أصـبح ينظر للتربية الخاصة على أنها تدخل ضمن اختصاصات المدرسة العادية.

أهداف التربية الخاصة:

إن التأثير المتبادل بين تقدم المجتمع واهتمامه بتعلـيم أبنائـه العـاديين وغـير العـاديين، أدى إلى ازدياد الرعايـة بالأطفـال المعـاقين وتـربيتهم، وتـأهيلهم، ومحاولـة إدمـاجهم في الحيـاة العامة التي هي حق لكل معاق، وتأكيداً لأهمية رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أعلنـت الأمـم المتحدة عام 1981 عاماً دولياً للمعاقين، كما سبق ذلك إعلان ميثاق حقوق الطفل المعاق الـذي تضمن حقوقه في 20 نوفمبر عام 1959م.

ونظراً لأن التربية في جوهرها عملية إنسانية تهدف إلى الاهتمام بالإنسان، وتحقق سعادته، وإزاحة المعوقات التي تعوقه، فلا تختلف أهداف التربية الخاصة عن أهداف التربية العامة، فكل منهما يهدف إلى إعداد المواطن الصالح عن طريق:

أ ـ العمل على إزاحة المعوقات المختلفة التي تحول دون توافق الطفل مع نفسه، ومع الآخرين.

ب ـ مساعدة الطفل على تحصيل قسط من المواد التعليمية يمكنه من توظيفها في حياته العادية.

ج ـ المساعدة في إعداده مهنياً، وعملياً. (الروسان، فاروق، 2006).

ويمكن توضيح أهداف التربية الخاصة فيما يلي:

1ـ تهيئة الطفل المعاق لتقبل الحالة التي وجد عليها والرضا عنها.

2ـ تهيئة المجتمع المحيط به وبخاصة أسرته للنظر إليه كعضو عامل له حقوق وعليه واجبات، وتكفل له عضويته الفعالة في المجتمع.

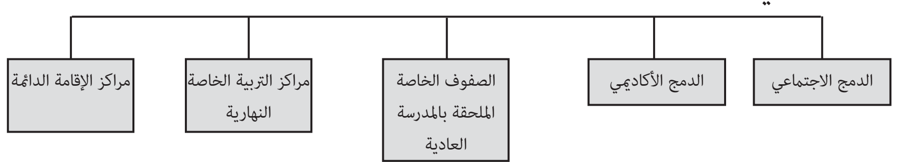
3ـ تدريبه على مظاهر السلوك السوي في المجتمع المحيط به لتلافي استخدامه بعض الحركات أو الانفعالات التي تعوق اندماجه في المجتمع.

4ـ مساعدة المعوقين على النمو نمواً متكاملاً في جميع النواحي الجسمية، والعقلية، والوجدانية إلى أقصى حد تصل إليه قدراتهم واستعداداتهم، وتزويدهم بالقدر الضروري من المعرفة الأساسية التي تناسبهم، واستغلال كل ما لديهم من قدرات ليكونوا بقدر الإمكان قوة عاملة منتجة.

5ـ تجنب اضطرابات النمو والسلوك التي تحدثها الإعاقة، والأعراض المرافقة لها، والوقاية من الاضطرابات النفسية، وأسباب عدم التكيف النفسي، والوصول إلى تحقيق تربية استقلالية للمعاق يعتمد فيها على نفسه إلى أكبر حد ممكن على قدر ما تسمح به حواسه، وقدراته المتبقية.

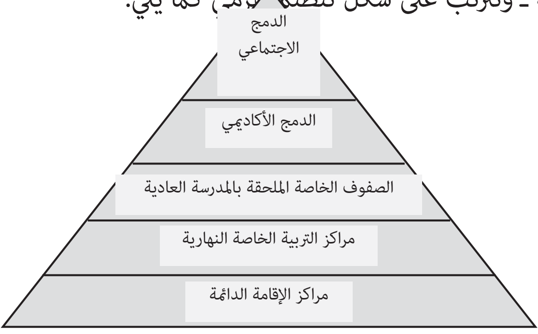
6ـ التأهيل التربوي للمعاق، بإتاحة الفرصة أمامه حسب ما تبقى لديه من قدرات في تعلم أساسيات المعرفة، من كتابة، وحساب، وقراءة، وكل ما يتعلق بأوجه النشاط الأخرى التي تساعده على النمو، والتكيف الشخصي والاجتماعي، والاندماج في الحياة الاجتماعية. (عبيد، ماجدة، 2000)، (القمش، مصطفى، المعايطة، خليل، 2007).

الخدمات التي تقدمها التربية الخاصة:



لعل الهدف الأسمى للتربية الخاصة هو العمل على مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الشخصية، والتعامل الفعال ضمن إطار المجتمع بهدف تحقيق صورة للحياة تكون أقرب ما يكون للحياة الطبيعية مقارنة بالأفراد العاديين، ولتحقيق هذا الهدف فإن التربية الخاصة تسعى لتقديم خدماتها للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في أقل البيئات تقيداً، ومعنى ذلك أننا في التربية الخاصة نسعى لوضع الفرد ذو الحاجة الخاصة في أكثر البيئات (التعليمية، المعيشية، العمل، والاجتماعية...) مشابهة للبيئة الطبيعية/العادية أسوة بغيرهم من أفراد المجتمع من العاديين.

ولتحقيق ذلك فإن التربية الخاصة تعمل على تقديم خدماتها وفق ما يعرف بهرم تقديم الخدمات أو البدائل التربوية ـ وهي أماكن تقديم الخدمات الخاصة بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ـ وتترتب على شكل تنظيم هرمي كما يلي:



التربية الخاصة	الطب	العلاج الطبيعي
العلاج الوظيفي	العلاج النطقي	التربية البدنية الخاصة
علم النفس	الخدمة الاجتماعية	التغذية
التمريض		غير ذلك (حسب الحاجة)

البرنامج التربوي الفردي individualized Education Program (IEP):

يمثل البرنامج التربوي الفردي المنهاج الذي يسير عليه أخصائيو التربية الخاصة عند تقديم الخدمات المختلفة (التربوية، الاجتماعية، التأهيلية) للأفراد غير العاديين ويتضمن البرنامج التربوي الفردي العناصر التالية:

1ـ تحديد مستوى الأداء الحالي لكل فرد من الأفراد غير العاديين على اختلاف فئاتهم وذلك بهدف التعرف إلى نقاط القوة والضعف الخاصة بهم،

من خلال تطبيق جملة من الأدوات التقييمية والتشخيصية المطورة لهذا الغرض عبر فئات التربية الخاصة المختلفة.

2ـ تحديد الأهداف السنوية والتي تتضمن ما يتوقع تحقيقه من الأفراد غير العاديين في مجال ما من مجالات النمو المختلفة (الاجتماعي، الإدراكي الاستقلالي، الحركي، اللغوي، السلوكي، الأكاديمي) في نهاية السنة الدراسية.

3ـ صياغة الأهداف التعليمية قصيرة المدى، والتي هي بمثابة الخطوات الفرعية أو الجزئية التي ستقود إلى تحقيق الهدف السنوي المنشود، فلكل هدف سنوي مجموعة من الأهداف قصيرة المدى.

4ـ تحديد الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة اللازمة والأدوات والأساليب المراد إتباعها وتوظيفها مع الأفراد غير العاديين عبر كل فئة من فئات التربية الخاصة.

5ـ تحديد البدائل التعليمية المناسبة لكل فرد من الأفراد غير العاديين، وتحديد موعد البدء بتنفيذ البرنامج ومدته والمواعيد الدورية لتقييمه. (الخطيب، 2003)، (الخطيب، الحديدي، 2003).

التوجهات المعاصرة في التربية الخاصة:

يتضمن ميدان التربية الخاصة عدداً من التوجهات الحديثة والتي نبعت من خلال التطور الذي شهده ميدان التربية الخاصة وذلك نتيجة للعوامل التالية:

1ـ تغيّر الاتجاهات في المجتمع، واستنادها إلى العلم بدلاً من الخرافة وإساءة الفهم.

2ـ توفر اختبارات ومقاييس كشفية وتشخيصية، وبـذلك تـم الاعـتماد عـلى المعلومـات الموضوعية بدلاً من التحيزات الشخصية.

3ـ زيـادة أعـداد الكليـات والجامعـات التـي تقـدم بـرامج دراسـية في التربيـة الخاصـة، وبالتالي زيادة أعداد اختصاصي التربية الخاصة.

4ــ تغـيّر النظـرة نحـو دور المدرسـة ومسـؤولياتها، وتزايـد الاهـتمام بحركـات الإصـلاح والتجديد التربوي. فالمدرسة لم تنشأ لتعليم الطالب «الوسط» فقط.

5ـ سَنّ التشريعات والقوانين لحماية الحقوق المدنية الأساسية للأشخاص المعوقين أسرهم.

6ـ تعاظم جهود الدفاع التي يبذلها أولياء الأمور والمتخصصون وجمعياتهم.

7ـ التطورات المستمرة في العلوم الطبية، وغيرها.

8ـ تزايد وتنوع تطبيقات التكنولوجيا في التربية الخاصة والتأهيل.

وعليه فإن التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تتمثل في:

1ـ الاهتمام بالوقاية والتدخل المبكر من الإعاقة.

2ـ الاهتمام بأهمية دمج الأفراد غير العاديين قدر المستطاع في كافـة الأوضـاع (التربويـة والاجتماعية والمهنية).

3ــ توظيـف أهـم عنـاصر التكنولوجيـا الحديثـة لأغـراض البحـث وتقـديم الخـدمات وتطويرها لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

4ـ اتخاذ القرارات العلمية والهامـة والمسـتندة عـلى الممارسـات المسـتمدة مـن البحـث العلمي.

5ـ الاهتمام والتخطيط بالخدمات الانتقالية الخاصة بـالأفراد غـير العـاديين عـبر فئـاتهم المختلفة (التهيئة والإعداد لما بعد المدرسة).

6ـ الاهتمام بتطوير وتحسـين العلاقـات المتبادلـة مـا بـين المختصـين في التربيـة الخاصـة وغيرهم من المختصين في الميادين العلمية المختلفة.

7ـ الاهتمام بتطوير العلاقـات المتبادلـة مـع أسر الأفـراد غـير العـاديين، انطلاقـاً مـن أن الأسرة هي الحلقة الأساسية والهامة في ميدان خدمة الأفراد غير العاديين.

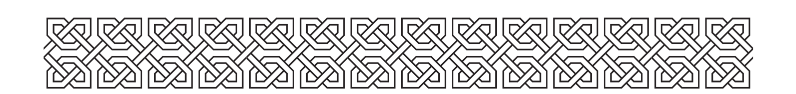
8ـ السعي لتحقيق فكرة المدرسة الشاملة (مدرسة الجميع) والتي تشمل العاديين وغـير العاديين. (الروسان، 2005)، (القمش، ناجي، 2008).





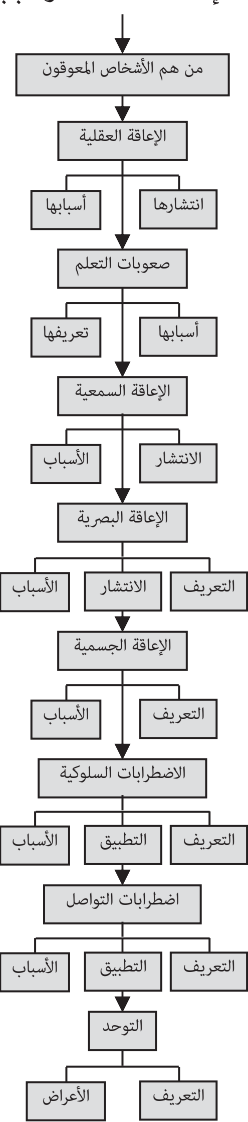
الفصل الثاني

التعرف على طبيعة الإعاقات المختلفة وأسبابها ونسبة انتشارها



الفصل الثاني

الفصل الثاني
التعرف على طبيعة الإعاقات المختلفة وأسبابها ونسبة انتشارها



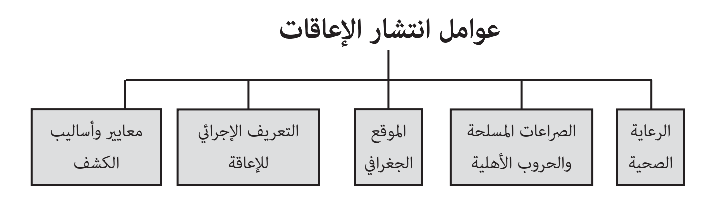
الفصل الثاني

الفصل الثاني

التعرف على طبيعة الإعاقات المختلفة وأسبابها ونسبة انتشارها

من هم الأشخاص المعوقون؟

عدد الأشخاص المعوقون على مستوى العالم يشكل نسبة 10% من سكان العالم كما تقدرها منظمة الصحة العالمية (هنالك مناطق في أفريقيا يعاني ثلث السكان من كف البصر) وتختلف هذه النسب من بلد إلى آخر حسب عدة عوامل:



1ـ الرعاية الصحية.

2ـ الصراعات المسلحة والحروب الأهلية.

3ـ الموقع الجغرافي.

4ـ التعريف الإجرائي للإعاقة.

5ـ معايير وأساليب الكشف.

الطلبة المعوقون هم طلبة بحاجة إلى خدمات تربوية خاصة وخدمات داعمة كونهم يعانون من حالة عجز حسي أو عقلي أو جسمي تفرض قيوداً عليهم. (الخطيب، 2004).

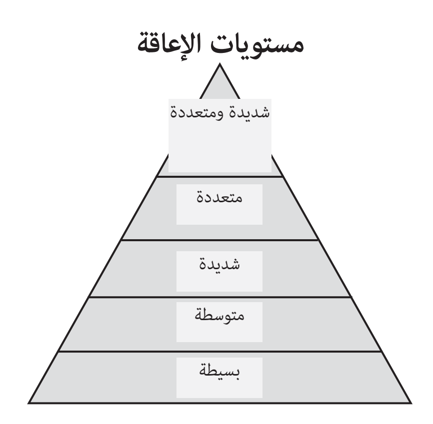
وللإعاقة أربع مستويات هي:

1ـ الإعاقات البسيطة: تشكل معظم حالات الإعاقة وهم الأدنى مستوى في الاختلاف عن الطبيعي وهم أكثر قابلية للتعلم والدمج في المدارس العادية. (الخطيب، 2004).

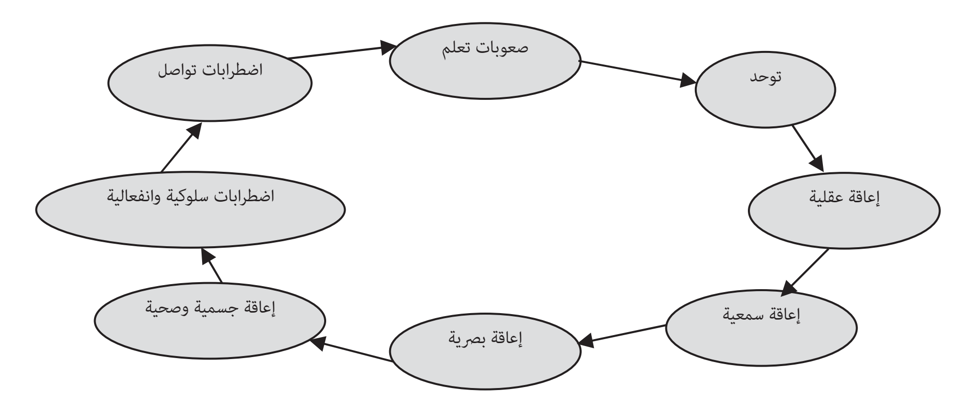
2ـ الإعاقات المتوسطة: لديهم قيود أشد من الإعاقة البسيطة ويتعلمون في مدارس خاصة نهاية أو في صفوف خاصة في المدارس العادية ويتم التركيز على تعليمهم المهارات الأكاديمية الأساسية والمهارات الحياتية اليومية (الخطيب، 2004).

3ـ الإعاقات الشديدة: وهم الأفراد الذين يحتاجون إلى دعم مستمر ومكثف في أكثر من نشاط حياتي رئيسي من أجل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. (القمش، 2011).

4ـ الإعاقات المتعددة: هم الأفراد الذين يعانون من إعاقتين أو أكثر من الإعاقات المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة مثل الصمم وكف البصر، وتركز برامجهم على المهارات الوظيفية في الحياة اليومية. (القمش، 2011، ص20).



وتقسم الإعاقة بمستوياتها المختلفة إلى ثمان فئات هي:



أولاً: الإعاقة العقلية:

المتخلفون عقلياً مجموعة غير متجانسة ويوجد فروق هائلة بينهم تعتمد عـلى عـدة عوامـل مثل سبب التخلف وشدته وغيرها من العوامل، لذا هنـاك تبـاين كبـير في تعريـف التخلـف العقـلي. ومن أشهر التعريفات تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1992) وهي انخفاض ملحـوظ في القـدرة العقليـة العامـة يصـاحبه عجـز في مجـالين أو أكـثر مـن مجـالات السـلوك التكيفـي التاليـة:

التواصل، العناية بالذات، الحياة الأسرية، المهارات الاجتماعية، الحياة المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية الوظيفية والترويح والعمل. (الخطيب، الحديدي، 2007).

وتعرف بالقدرة العقلية العامة بالذكاء والذي يمكن قياسه باستخدام أحد الاختبارات الذكاء الفردية المقتنة، ومن خلال الدرجة التي يحصل عليها نحصل على معامل الذكاء IQ (Intelligence Quotient)).

ولتشخيص التخلف العقلي يجب أن يكون انخفاض في مستوى القدرة العقلية دون المتوسط بانحرافين معياريين أو أكثر، وبعد اختبار ستانفورد بينيه واختبار وكسلر لذكاء الأطفال أكثر اختبارات الذكاء استخداماً والدرجة الوسط لهذين الاختبارين هي 100 ومقدار الانحراف المعياري لاختبار بينيه 16 و15 لاختبار وكسلر.

وتبعاً لذلك يصنف التخلف العقلي إلى أربع مستويات هي:

أ ـ تخلف عقلي بسيط (55ـ 69).

ب ـ تخلف عقلي متوسط (40ـ 54).

ج ـ تخلف عقلي شديد (25ـ 39).

د ـ تخلف عقلي شديد جداً أقل من 24. (الخطيب، 2005)، (الفاعوري، خليل، 1981).

نسبة انتشار التخلف العقلي:

من الصعوبة في تحديد نسبة الأشخاص ذو التخلف العقلي وذلك بسبب مجموعة من العوامل مثل التغير في التعريف التخلف العقلي وتنوع الأدوات

المستخدمة في التشخيص ولكن اعتماداً على معيار نسبة الذكاء فقط تشير بعض الدراسات إلى نسبة 3% أما عند الأخذ بعين الاعتبار معيار السلوك التكيفي حسب تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تكون حوالي 1%. (الخطيب، الحديدي، 2007).

أسباب الإعاقة العقلية:

إن 75% من حالات الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب وظهرت الكثير من التصنيفات حول مسببات الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب وظهرت الكثير من التصنيفات حول مسببات الإعاقة العقلية مثل تصنيفها حسب زمن ظهورها أو تأثيرها:

1ـ عوامل ما قبل الولادة: وهي العوامل التي تؤثر على الجنين خلال الحمل من عوامل وراثية أو بيئية أو كلاهما معاً.

2ـ عوامل أثناء الولادة: هي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء الولادة مثل نقص الأكسجين والصدمات الجسدية أو العدوى.

3ـ عوامل ما بعد الولادة: وهي عوامل تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي السنوات الأولى من عمره مثل الأمراض والحوادث.

4ـ عوامل غير محددة: وهي إعاقات عقلية بسيطة غير معروفة الأسباب. (القمش، 2011)، (زينب، حبيب، 2005)، (طربيه، محمد، 2003).

ثانياً: صعوبات التعلم:

هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية (الانتباه، التذكر، التفكير، الإدراك) ذات العلاقة بفهم اللغة والكتابة أو القراءة

أو الحساب أو التهجئة وبحيث لا تكون ناتجة عـن حـالات الإعاقـة الأخـرى). (الخطيـب، 2004)، (كوافحة، 2003)، (ربما وآخرون، 2007).

المؤشرات على وجود صعوبات التعلم عند الطلاب:

1ـ النشاط الزائد أو المنخفض.

2ـ ضعف الذاكرة.

3ـ اضطراب السلوك مثل التهور والعدوانية.

4ـ اضطراب الكلام واللغة.

5ـ التشتت ونقص الانتباه. (الخطيب، 2004)، (كوافحة، 2003).

يبلغ نسبة الطلاب الذين يعانون مـن صـعوبات الـتعلم (3ــ 5%). (الخطيـب، الحديـدي، 2007)، (الروسان، 2007)، (القمش، 2007)، (ربما وآخرون، 2007).

أسباب صعوبات التعلم:

1ـ أسباب جينية: من خلال دراسة التوائم المتطابقة أشـارت الدراسـات إلى وجـود أدلـة على أن العوامل الجينية تلعب دوراً رأسياً في الصعوبات التعليمية.

2ـ أسباب بيولوجية: مثل التلف الدماغي البسيط.

3ـ أسباب بيوكيميائية: مثل المواد الاصطناعية المضـافة إلى الطعـام واضـطراب التمثيـل الغذائي والتحسس من بعض المواد الغذائية التي تسبب خلل في وظائف الناقلات العصبية.

4ـ **أسباب بيئية:** مثل الإشعاع والكحول والتدخين والعقاقير.

5ـ **أسباب نمائية:** وهي الناتجة عن تأخير الجهاز العصبي المركزي أسباب غير معروفة. (الخطيب، 2004)، (زينب وآخرون، 2007).

ثالثاً: الإعاقة السمعية:

تشمل الإعاقة السمعية الصم، وضعف السمع.

وضعيف السمع فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي من درجة (69ـ35 ديسبل) تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع سواء باستخدام المعينات السمعية أو دونها. (الداهري 2008، ص115).

مدى انتشار الإعاقة السمعية:

تشير الدراسات أن 5% من أطفال المدارس لديهم ضعف سمعي، ولكن لا يصل إلى مستوى الإعاقة إلا 0.5% وأن 0.075% من الأطفال في سن المدرسة يعانون من الصمم. (الداهري، 2008).

يتم تصنيف الإعاقة السمعية بناءً على ثلاث معايير:

- **العمر عند الإصابة:** مثل إعاقة سمعية قبل اللغة وإعاقة سمعية بعد اللغة أو ولادية أو مكتسبة.
- **موقع الإصابة:** مثل إعاقة سمعية توصيلية أو سمعية ـ عصبية أو سمعية مركزية.
- **شدة الإصابة:** وتصنف إلى أربع مستويات الإعاقة السمعية البسيطة ومتوسطة وشديدة وشديدة جداً. (الخطيب، 2004).

أسباب الإعاقة السمعية:

هنالك 50% من حالات الإعاقة السمعية غير معروفة ولكن هنالك خمس أسباب رئيسية وهي:

1ـ العوامل الوراثية.

2ـ الحصبة الألمانية.

3ـ عدم توافق عامل الرايزيسي.

4ـ التهاب السحايا.

5ـ الخداج. (الخطيب، الحديدي، 2007)، (الخطيب، 2008).

رابعاً: الإعاقة البصرية:

هناك مجموعة من التعاريف للإعاقة البصرية:

1ـ التعريف القانوني:

يشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية إلى أن الشخص الكفيف من وجهة نظر الأطباء بأنه ذلك الشخص لا تزيد حدة إبصاره عن 200/20 قدم في أحسن العينين وحتى باستعمال النظارة الطبية. (الروسان 2001، ص116).

وضعيف البصر (المبصر جزئياً) هو شخص لديه حدة إبصار أحسن من 200/20 ولكن أقل من 70/20 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم. (الحديدي 2009، ص37).

2ـ التعريف التربوي:

المكفوف: هو شخص يتعلم من خلال القنوات الحسية أو السمعية. (عبيد 2011، ص28).

وكذلك عـرف الكفيـف تربويـاً بأنـه «الـذي لا يسـتطيع أن يقـرأ أو يكتـب إلا بطريقـة بريل). (الروسان 2001، ص110).

3ـ التعريف المهني:

المعاق بصرياً: هو ذلك الفرد الذي بسبب إعاقته البصرية غير قادر على ممارسـة عملـه بسبب ضعف أو عجز في بصــره الأمـر الـذي يـؤدي إلى عجـزه الاقتصـادي بحيـث لا يسـتطيع كسب عيشه. (العزة 2000، ص36).

نسبة الإعاقة البصرية:

تعد الإعاقة البصرية من الفئة الأقل حدوثاً بنسبة مقدارها 1%. (قمش، 2011).

ويصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيسيتين هما:

- مجموعة المعاقون بصرياً كلياً وهم الذين ينطبق عليهم التعريف القانوني والتربوي.
- ومجموعة المعاقون جزئيـاً وهـم المجموعـة التـي تسـتطيع قـراءة الكلـمات الموجـودة مباشرة أو باستخدام وسيلة تكبير. (القمش، 2007).

أسباب الإعاقة البصرية:

1ـ أسباب خلقية: مثل عوامل وراثيـة وعوامـل مـا قبـل الـولادة مثـل: أمـراض القزحيـة وتشوهات الخلقية.

2ـ أمراض تصيب العين مثل التراخوما الذي يصيب الملتحمة ويؤدي إلى جفاف والتفـاف جفون العين إلى الداخل ما يؤدي إلى جروح في القرنية.

3ـ إصابات قد تتعرض لها العين مثل الصدمات.

4ـ الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البسيطة مثل طول البصر وقصر البصر.

نسبة المعوقين بصرياً 1% من مجموع السكان. (القمش، 2011)، (العزة، 2000).

خامساً: الإعاقة الجسمية:

هي اضطرابات شديدة عصبية أو عصبية عظمية أو أمراض مزمنة تفرض قيوداً وظيفية على إمكانية تعلم الطفل. (الخطيب، الحديدي، 2007، ص21).

وتعد هذه الفئة من الفئات الغير متجانسة بسبب التنوع الكبير في مستوى طبيعة الإصابة ولكن يمكن تقسيم الإعاقة الجسمية والصحية حسب موقع الإصابة على النحو الآتي:

أ ـ إصابة الجهاز العصبي المركزي مثل الشلل الدماغي.

ب ـ إصابات الهيكل العظمي مثل تشوه وبتر الأطراف.

ج ـ إصابات العضلات مثل ضمور العضلات.

د ـ إصابات صحية مثل إصابات القلب ومتلازمة داون.

تبلغ نسبة شيوع هذه الإعاقة حوالي 0.5%. (القمش، 2011)، (السرطاوي، 2006).

أسباب الإعاقة الجسمية:

1ـ نقص الأكسجين في أي مرحلة من عمر الطفل.

2ـ العوامل الوراثية مثل سكري الأطفال.

3ـ عدم توافق العامل الرايزيسي بين الوالدين.

4ـ إصابة الأم بالأمراض أثناء الحمل مثل تسمم الحمل.

5ـ تعرض الأم الحامل للأشعة أو التدخين.

6ـ الإصابات والحوادث المختلفة. (الخطيب، الحديدي، 2007)، (السرطاوي، 2006)، (العزة، 2007).

سادساً: الاضطرابات السلوكية:

وهي انحراف السلوك أو الانفعال من حيث التكرار أو الشدة أو المدة أو الشكل عما يعتبر سلوكاً أو انفعالاً طبيعياً لفترة طويلة نسبياً مما يجعل الطفل بحاجة إلى مساعدة خاصة. (الخطيب، الحديدي، 2007)، (القمش، 2007).

ويمكن تصنيف الاضطرابات السلوكية إلى أربعة أبعاد:

أ ـ اضطرابات تصرف مثل الغيرة والشجار والغضب والانفعال الشديد.

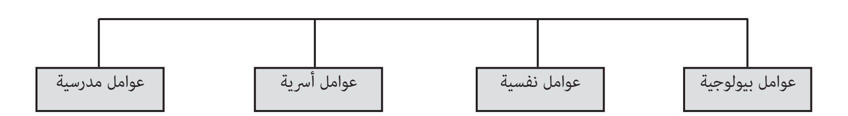
ب ـ اضطرابات الشخصية مثل القلق والحساسية والشعور بالدونية.

ج ـ عدم النضج مثل أحلام اليقظة، تفضيل اللعب مع الأصغر سناً، الخمول.

د ـ الجنوح الاجتماعي مثل الانضمام لرفاق السوء، السرقة، التغيب المتكرر عن المدرسة.

تشير الدراسات أن الاضطرابات السلوكية أكثر شيوعاً عند الذكور على الإناث وترتفع بشكل كبير في مرحلة المراهقة وتشير بعض الدراسات إلى أنها 2% من عدد السكان.

أسباب الاضطرابات السلوكية:



1ـ العوامل البيولوجية: يعتقد بعض الخبراء أن المزاج موروث هو المسؤول عن سلوك الأطفال.

2ـ عوامل نفسية: مثل الأحداث اليومية التي تؤثر على سلوك الطفل.

3ـ العوامل الأسرية: تلعب الأسرة دور كبير في تكيف الطفل ونموه خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

4ـ العوامل المدرسية: لوحظ عند بعض الأطفال أن المشكلات السلوكية تظهر لديهم بعد الالتحاق بالمدرسة. (الخطيب، الحديدي، 2007)، (يحيى، 2003).

سابعاً: اضطرابات التواصل:

يقصد بالتواصل الاستقبال والإرسال، وهي الوسيلة التي يتم بها التعبير عن الحاجات والرغبات.

أما اضطرابات التواصل تعرف على أنها: أي إعاقة أو خلل ممكن أن يؤثر سلباً على عملية الكلام الطبيعية أو اللغة أو السمع. (الخطيب، 2005)، (الغزالي، سعيد، 2011).

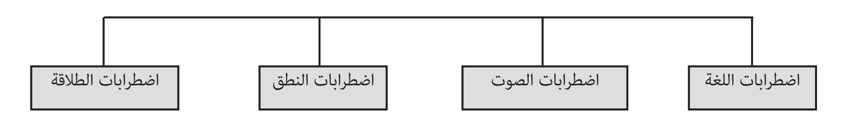
وتعتمد اضطرابات التواصل على عدة عوامل منها:

1ـ موقع التلف أو الضعف في أجهزة الكلام واللغة.

2ـ درجة التلف أو الضعف في أجهزة الكلام واللغة.

3ـ أسباب اضطرابات الكلام واللغة. (الخطيب، الحديدي، 2007)، (الغزالي، سعيد، 2011).

تصنيف اضطرابات التواصل:



1ـ اضطرابات اللغة: وهو ضعف في استيعاب واستخدام اللغة المحكية أو المكتوبة أو الأنظمة الرمزية الأخرى.

2ـ اضطرابات الصوت: مثل اضطراب درجة الصوت أو شدته أو قوته.

3ـ اضطرابات النطق: مثل:

أ ـ الحذف: مثل خروف ـ خوف (حذف حرف الراء).

ب ـ الإبدال: مثل كتب ـ تتب (إبدال حرف مكان حرف).

ج ـ الإضافة: مثل لعبة ـ لعبات (إضافة حروف).

د ـ التشويه: تعلم لهجة معينة سكينة ـ سجينة.

هـ ـ الضغط: عدم نطق حروف الضغط التي يقوم بها اللسان على سقف الحلق مثل حرف اللام والراء.

4ـ اضطرابات الطلاقة: مثل:

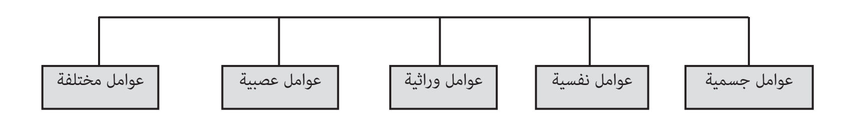
أ ـ اللجلجة: وهي انحباس أو تكرار أو إطالة الأصوات بحيث يضطر المتكلم إلى النفس ثانية أو التوقف مثل (أنا أنا بدي أنا بدي).

ب ـ السرعة الزائدة في الكلام: سرعة في نطق الكلمات مع مظاهر انفعالية غير عادية.

ج ـ التأتأة في الكلام: تكرار الحرف الأول من الكلمة.

د ـ الوقوف أثناء الكلام. (أباضة، 2003)، (الغزالي، 2011).

أسباب اضطرابات التواصل:



1ـ عوامل جسمية: مثل تشوه الأسنان، زوائد أنفية.

2ـ عوامل نفسية: مثل القلق والخوف والصدمات الانفعالية الشديدة.

3ـ عوامل وراثية.

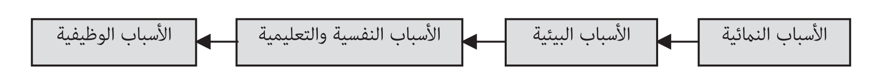
4ـ عوامل عصبية مثل تلف أجزاء من الدماغ.

5ـ عوامل أخرى مثل التقليد وقلة الذكاء والتعليم المبكر الذي يسبب النطق الخطأ ثم يتعودون على ذلك.

لا توجد تقديرات مؤكدة حول انتشار اضطرابات السلوكية والانفعالية، حيث أشارت التقديرات المتحفظة إلى نسبة أقل من (1%) في حين تشير التقديرات غير المتحفظة إلى أكثر من (20%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك.

وبشكل عام أشارت الدراسات أن ما نسبة 2ـ3% من الأطفال في سن المدرسة يعـانون مـن اضطرابات السلوك بدرجة متوسطة وشديدة في حين تصل نسبة الاضطرابات البسيطة لنسبة تزيـد عن 10% من الأطفال في سن المدرسة. ونسبة الانتشـار لـدى الـذكور تفـوق الإنـاث بمعـدل 1: 5. (القمش والمعايطة، 2007).

وهناك أسباب أخرى وردت في (الغزالي، 2007)، وهي:



ثامناً: التوحد:

هو اضطراب نمائي ناتج عـن خلـل عصـبي في الـدماغ، غـير معـروف الأسـباب يظهـر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشـل في التواصـل مـع الآخـرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب أو ظهور أنماط شاذة مـن السـلوك وضعف اللعب التخيلي. (القمش، 2011، ص295)، (بطرس، 2011).

يعتمد التحسن في حالة الطفل على سرعة التدخل العلاجي المبكر ويصيب الـذكور أكـثر من الإناث بنسبة 4 إلى 1 ولكن يظهر بدرجات شـديدة لـدى الإنـاث ويكـون مصـحوباً بإعاقـة عقلية شديدة وتبلغ نسبة الإصابة حالة واحدة لكل 500.000 وهنالك ازدياد في حـالات أشـكال التوحدي بسبب زيادة الاهتمام بالتوحد وظهور أكثر من أداة للتشخيص. (القمش، 2011).

أشارت البحوث المبكرة إلى أن نسبة انتشاره تقريباً 2ـ5 بين كل 10.000 شخص ولكن زادت نسبة الحالات المشخصة بالتوحد في السنوات

الأخيرة لتبلغ 1 لكل 600 طفل، وأشار البعض كذلك لزيادة النسبة حيث تصل إلى 1 لكـل 160 طفل. (زريقات، 2010).

أعراض التوحد:

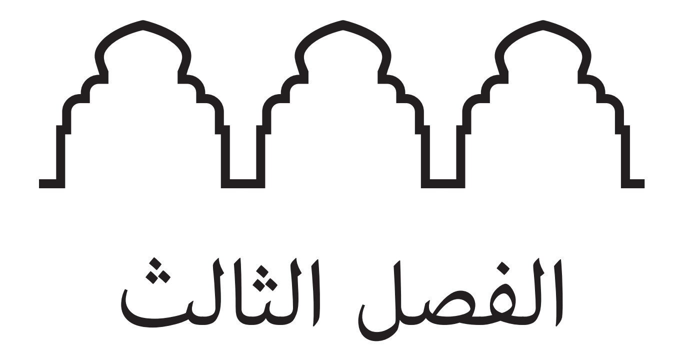
1ـ ضعف في التفاعل الاجتماعي.

2ـ ضعـف التـواصل البصـري والارتـباط الشديد بالجمادات لا بالأشخاص.

3ـ خلل في الحواس مثل اللمس والتذوق (يألف طعام محدد لا يقبل بتغييره).

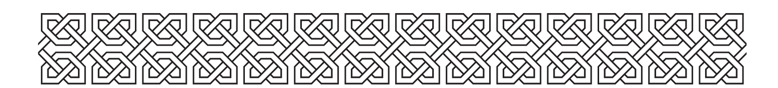
4ـ يأخذ اللعب الشكل النمطـي أو التكـراري وعـدم مشـاركة أقـرانهم. (القمـش، 2011)، (الزريقات، 2010).





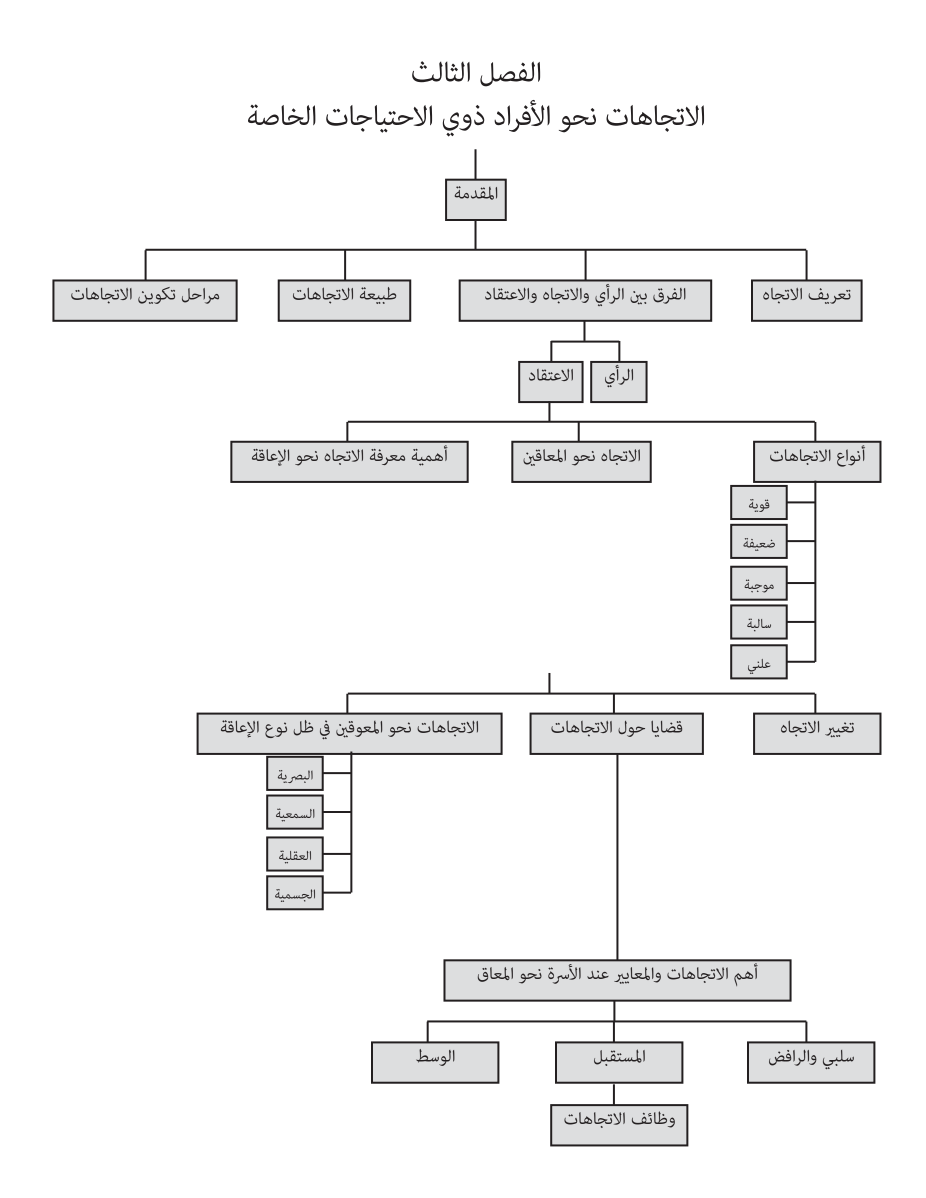
الفصل الثالث

الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة



الفصل الثالث

الفصل الثالث
الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة



الفصل الثالث

الفصل الثالث

الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة

المقدمة:

تحتل الاتجاهات مكاناً هاماً في تحديد سلوك الأفراد تجاه بعضهم البعض، فهي تـؤثر في إدراكهم للمواقف والأحداث التي تربطهم بالآخرين، وفي حكمهم على تلـك المواقـف، كـما أنهـا تؤثر في الكفاءة والدافعية لعمل شيء ما، وتساعد في تحديد طبيعة العلاقات التي تربط الأفـراد ببعضهم البعض من خلال درجة ميلهم نحو تلك العلاقات. وبما أن للاتجاهات هذه الأهميـة في التأثير على تفاعل الأفراد فـيما بيـنهم فإنهـا بالتأكيـد سـتحمل أهميـة أكـبر عنـدما يكـون هـذا التفاعل نحو المعاقين.

لذلك أصبح الاهتمام بهذه الفئة الاجتماعية وتوفر أسباب الرعاية وكـل مـا تحتـاج إليـه مـن خـدمات وفـرص عمـل مناسـبة مطلبـاً أساسـياً مـن متطلبـات المجتمعـات الراقيـة فـذوي الاحتياجـات الخاصـة كبـاقي أفـراد المجتمـع لهـم حقـوق وعلـيهم واجبـات تجـاه مجـتمعهم وبلدهم، حيث تعكس التوجهات الحديثـة والتـي تنـادي بالـدمج الأكـاديمي والاجتماعـي نحـو مشاركة الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة الطلبة العاديين في الصف العادي وفي البيئات التربويـة الأقل تقييداً إحدى التوجهات الإيجابية نحو الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

أما إذا رجعنا قليلاً للوراء لرأينا الاتجاه السلبي نحو الإعاقة سواءً في تعليمهم وتأهيلهم في المجتمع، أو في اتخاذ القرارات الجائزة بحق هؤلاء الأفراد باعتبارهم أفراد غير صالحين ليس لهم قيمة اجتماعية وبالتالي كانت السخرية والنبذ والتخلص منهم باعتبارهم عالة على المجتمع. (المعايطة، خليل، 2007).

تعريف الاتجاه:

لاحظ الباحثون أن الاتجاه الذي يقوم عليه علم النفس وعلم الاجتماع كذلك فيعبر عن الاتجاه attitude عن حالة نفسية، وله مكوناته ووظائفه وخصائصه، ويعد من أهم جوانب الشخصية. ويصعب تعريف الاتجاه بدقة في علم النفس، وهناك تعريفات عدة منها:

بأنها «عبارة عن الأنظمة الإيجابية أو السلبية الثابتة والمتضمنة تقويم الفرد لموضوع معين والمرتبطة بمشاعره، وانفعالاته، واستعداداته التي تدفعه نحوه أو تبعده عنه».

كما ويعرف الاتجاه: هو «عبارة عن استعداد نفسي- أو تهيؤ عقلي متعلم، للاستجابة الموجبة أو السالبة، نحو الأشخاص أو الأشياء أو الموضوعات أو المواقف أو الرموز، في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة». (العناني، حنان، 2007).

ويعرف سارتن (Sartian, 1976) الاتجاه على أنه نزعة الفرد أو ميله للاستجابة بطريقة سلبية أو إيجابية نحو موضوع ما.

في حين يعرف البورت بأنه استعداد الفرد ونزعته للاستجابة بطريقة ما، كما يمثل الاتجاه توجهاً نحو موضوع أو ضده، وغالباً ما يأخذ الاتجاه شكل

الثبات النسبي في السلوك الإنساني. ونلاحظ من خلال التعاريف السابقة أن الاتجاه يحوي الخصائص أو المضامين التالية:

1ـ الاستعداد أو الميل للاستجابة.

2ـ أثر الاستعداد على سلوك الفرد نحو المواقف والموضوعات المختلفة.

3ـ يتصف بالثبات النسبي.

4ـ الاستجابة إما سلبية أو إيجابية.

5ـ يتضمن مدى من القبول أو الرفض. (المعايطة، 2007)، (العناني، 2007).

ولم يجد الباحثين في ميدان علم النفس والاجتماع تعريف واحد يعترف به جميع المشتغلين في ميدان علم النفس وعلم الاجتماع، إلا أن التعريف الذي حاز القبول لدي وهو تعريف «الاتجاه حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسيء تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة».

ولتقريب المعنى الذي قصدته يمكن القول أن الاتجاه هو الحالة الوجدانية القائمة وراء رأي الشخص أو اعتقاده فيما يتعلق بموضوع معين، من حيث رفضه لهذا الموضوع أو قبوله ودرجة هذا الرفض أو القبول.

ويعرف «**بوجاردس**» الاتجاه قائلاً: بأنه: «ميل الفرد الذي ينحو سلوكه تجاه بعض عناصر البيئة أو بعيداً عنها متأثراً في ذلك بالمعايير الموجبة أو السالبة

تبعاً لقربه من هذه أو بعده عنها» وهو يشير بذلك إلى مستويين للتأهب هما: أن يكون لحظياً، أو قد يكون ذات أمد بعيد.

فيوزون: احتمال وقوع سلوك محدد في موقف محدد.

تريفرز: استعداد الفرد للاستجابة بطريقة تعطي سلوكه وجهة معينة.

وسنحاول فيما يلي مناقشة كل مستوى من هذين المستويين على حدة بشيء من الإيجاز:

(أ) التأهب المؤقت أو اللحظي: وينتج بطبيعة الحال من التفاعل اللحظي بين الفرد وعناصر البيئة التي يعيش فيها، ويمثل ذلك اتجاه الجائع نحو الطعام في لحظة إحساسه بالجوع وينتهي هذا التهيؤ المؤقت بمجرد إحساس الجائع بالشبع.

(ب) التهيؤ ذا المدى الطويل: ويتميز هذا الاتجاه بالثبات والاستقرار، ويمثل ذلك اتجاه الفرد نحو صديق له، فهو ثابت نسبياً، لا يتأثر غالباً، كالمضايقات العابرة، ولذلك فمن أهم خصائص هذا النوع من الاتجاهات أنه تأهب أو التهيؤ، له صفة الثبات أو الاستقرار النسبي الذي يتبع بطبيعة الحال تطور الفرد في صراعه مع البيئة الاجتماعية والمادية، وعليه فالاتجاهات هي حصيلة تأثر الفرد بالمثيرات العديدة التي تصدر عن اتصاله بالبيئة وأنماط الثقافة، والتراث الحضاري للأجيال السابقة، كما أنها مكتسبة وليست فطرية.

الفرق بين الرأي والاتجاه والاعتقاد:

الرأي:

هو اعتقاد خال من الدافعية، ويعد عرضة للتغيير، إذ لم تعد الشواهد أو

الحقائق مؤكدة له وهو عبارة عن إعلان وجهة نظر تتغير وفقاً لتغير الموقف ذاته.

الاعتقاد:

هو حكم ضمني أو ظاهرة تدل على وجهة نظر للشخص بشأن خاصية أو خصائص لشيء ما أو أمر ما. كما إنه يعبر عن الصحة أو الخطأ فيما ينسب إلى ذلك الشيء أو الأمر، يضاف إلى ذلك أن الاعتقادات أفكار تعبر عن نوع من الأحكام المعرفية، وأنها لا تحمل الصبغة الانفعالية في أعماقها كما في الاتجاه. ومع ذلك فإن من اللازم القول إن الاتجاه الواحد يلخص أو يختص أو ينطوي على عدة اعتقادات ولكن من دون أن يقف عندها أو يتطابق مع كل منها. فقد يبدو الاتجاه مختلفاً مع اعتقاد يكون جزءاً أو طرفاً من عدة اعتقادات ينطوي عليها الاتجاه. (العناني، حنان، 2005).

طبيعة الاتجاهات:

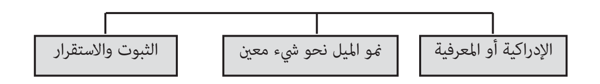
يرى الباحثين أن الاتجاهات تنشأ خلال التعامل مع البيئة الاجتماعية والتوافق معها، والاتجاهات قد تكون **نوعية**، كخوف الطفل من الحيوانات، أو **عامة** كموقف الرجل من عمل المرأة، وهي هنا تسمى سمة. كما أنها قد تكون موجبة كالحب والتحبيذ، أو سالبة كالكراهية والنفور، نحو شخص أو موضوع، وهنا نسميها التعصب. ويعتبر عنصر التقليد والإيحاء عاملان هامان في تكوين الاتجاه. (عوض، 1980).

وترتبط الاتجاهات الإيجابية المتكونة عند الأفراد نحو ظاهرة معينة بتأييد كل ما يتعلق بها من جميع جوانبا، مما ينعكس على سلوكياتهم التي تتصف

بالتصدي والدفاع عنها وحمايتها والدعوة لها واستقطاب الآخرين للوقوف في صفها، وتتصف الاتجاهات السلبية المتكونة عند الأفراد نحو ظاهرة معينة برفض ونبذ كل ما يتعلق بها من جميع جوانبها جملة وتفصيلاً، مما ينعكس على سلوكياتهم والتي تبدو في مناهضتهم لها والتشهير بها والدعوة ضدها واستقطاب الآخرين لمحاربتها. (عمر، 1990).

وتجدر الإشارة إلى أن الاتجاه ليس هو السلوك ذاته، ولكنه يدفع نحو السلوك. وفي بعض الأحيان لا يدل السلوك الظاهري على اتجاه الفرد الحقيقي. ذلك أن العوامل الاجتماعية قد تجعل الفرد يحجم عن التعبير الصريح عن اتجاهه الحقيقي إزاء الموضوعات الشائكة. (عيسوي، 1984).

مراحل تكوين الاتجاهات:



من خلال مراجعة الأدب التربوي في هذا المجال، وجدت هناك مراحل يتكون منها الاتجاهات وهذه المراحل هي:

1ـ المرحلة الإدراكية أو المعرفية: يكون الاتجاه في هذه المرحلة ظاهرة إدراكية أو معرفية تتضمن تعرف الفرد بصورة مباشرة على بعض عناصر البيئة الطبيعية والبيئة الاجتماعية التي تكون من طبيعة المحتوى العام لطبيعة المجتمع الذي يعيش فيه، وهكذا قد يتبلور الاتجاه في نشأته حول أشياء مادية كالدار الهادئة والمقعد المريح، وحول نوع خاص من الأفراد كالأخوة والأصدقاء، وحول نوع محدد من الجماعات كالأسرة وجماعة النادي وحول بعض القيم الاجتماعية كالنخوة والشرف والتضحية. (محمد، محمد، 1990)، (المعايطة، خليل، 2005).

2ـ مرحلة نمو الميل نحو شيء معين: وتتميز هذه المرحلة بميل الفرد نحو شيء معين، فمثلاً أن أي طعام قد يرضي الجائع، ولكن الفرد يميل إلى بعض أصناف خاصة من الطعام، وقد يميل إلى تناول طعامه على شاطئ البحر، وبمعنى أدق أن هذه المرحلة من نشوء الاتجاه تستند إلى خليط من المنطق الموضوعي والمشاعر والإحساسات الذاتية.

3ـ مرحلة الثبوت والاستقرار: إن الثبوت والميل على اختلاف أنواعه ودرجاته يستقر ويثبت على شيء ما عندما يتطور إلى اتجاه نفسيء فالثبوت هذه المرحلة الأخيرة في تكوين الاتجاه.

أنواع الاتجاهات:

تصنف الاتجاهات النفسية إلى الأنواع التالية:

1ـ الاتجاه القوي: يبدو الاتجاه القوي في موقف الفرد من هدف الاتجاه موقفاً حاداً لا رفق فيه ولا هوادة، فالذي يرى المنكر فيغضب ويثور ويحاول تحطيمه إنما يفعل ذلك لأن اتجاهاً قوياً حاداً يسيطر على نفسه.

2ـ الاتجاه الضعيف: هذا النوع من الاتجاه يتمثل في الذي يقف من هدف الاتجاه موقفاً ضعيفاً رخواً خانعاً مستسلماً، فهو يفعل ذلك لأنه لا يشعر بشدة الاتجاه كما يشعر بها الفرد في الاتجاه القوي.

3ـ الاتجاه الموجب: هو الاتجاه الذي ينحو بالفرد نحو شيء ما (أي إيجابي).

4ـ الاتجاه السلبي: هو الاتجاه الذي يجنح بالفرد بعيداً عن شيء آخر (أي سلبي).

5ـ الاتجاه العلني: هو الاتجاه الذي لا يجد الفرد حرجاً في إظهاره والتحدث عنه أمام الآخرين.

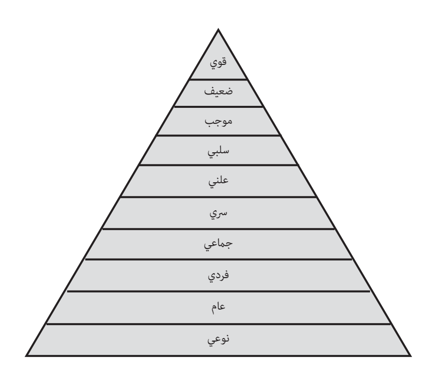
6ـ الاتجاه السري: هو الاتجاه الذي يحاول الفرد إخفائه عن الآخرين ويحتفظ به في قرارة نفسه بل ينكره أحياناً حين يسأل عنه.

7ـ الاتجاه الجماعي: هو الاتجاه المشترك بين عدد كبير من الناس، فإعجاب الناس بالأبطال اتجاه جماعي.

8ـ الاتجاه الفردي: هو الاتجاه الذي يميز فرداً عن آخر، فإعجاب الإنسان بصديق له اتجاه فردي.

9ـ الاتجاه العام: هو الاتجاه الذي ينصب على الكليات وقد دلت الأبحاث التجريبية على وجود الاتجاهات العامة، فأثبتت أن الاتجاهات الحزبية السياسية تتسم بصفة العموم، ويلاحظ أن الاتجاه العام هو أكثر شيوعاً واستقراراً من الاتجاه النوعي.

10ـ الاتجاه النوعي: هو الاتجاه الذي ينصب على النواحي الذاتية، وتسلك الاتجاهات النوعية مسلكاً يخضع في جوهره لإطار الاتجاهات العامة وبذلك تعتمد الاتجاهات النوعية على العامة وتشتق دوافعها منها. (المعايطة، خليل، 2005). (العناني، 2005).



الاتجاه نحو المعاقين:

إن القول بأن هناك بداية أولى للاهتمام بمشكلات المعوقين تمتد إلى مراحل وجود الإنسان على وجه الأرض قول غير صحيح، ولا تستند على أدلة أو براهين، صحيح أن العمى والصمم والتخلف العقلي كلها ظواهر ملازمة لوجود الإنسان، ولكن الاهتمام بها لم يأتِ إلا متأخراً. وهناك مراجع علمية تشير إلى أن المتخلفين عقلياً كانوا يستخدمون في العصر الروماني تسلية للأثرياء، كما أن التاريخ يحدثنا عن أنواع المعاملة التي كان يلقاها المكفوفون من ذويهم في الجماعات الأولى، فبعضها كان يعتبر الكفيف تجسيداً للعنة الآلهة، ولذلك كان المكفوفين يلقون ألواناً من الاضطهاد والإذلال قد تصل إلى حد القتل وأنهم يمثلون الأرواح الشريرة، وتستولي عليهم الشياطين.

أما الإسلام فقد نظر إلى الأشخاص المعاقين نظرة موضوعية منذ البدء، في الوقت الذي احتاج فيه العالم الغربي إلى عدة قرون لكي يصل إليها ويقرها. تلك النظرة التي تترجم اتجاهاً معتدلاً يعي القدرات الحقيقية للمعاق الذي يمتلك الحق في أن يتعلم وأن يحمّل من المسؤوليات والتبعات ما يتحمله غيره في حدود ما تسمح به حالته الجسمية والصحية، بينما يعفى من التبعات التي تحول إعاقته دون القيام بها.

وأنه في قصة ابن أم مكتوم رضي الله عنه، مثلاً على هذا عندما سأل الرسول ﷺ أن يعفيه من حضور الصلاة بالمسجد فلم يجبه إلى طلبه، ذلك أن العمى لا يحول بينه وبين التنقل، وبالتالي ارتياد المسجد في أوقات الصلاة، بينما نزل القرآن الكريم يعفي الأعمى من الجهاد لأن العمى يحول فعلاً دون أداء هذه الفرض، ﴿ **لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى** ﴾ [الفتح: 17].

أهمية معرفة اتجاهات الأفراد نحو الإعاقة:

من وجهة نظر أغلب الباحثين يتأثر الاتجاه بعدد من العوامل والخبرات التي يمر بها الفرد أو الجماعة، فغالباً ما تؤثر العوامل الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية في تكوين الاتجاه وتكمن أهمية الاتجاهات الخاصة بالأفراد نحو الأطفال غير العاديين في القرارات المترتبة على تلك الاتجاهات سلباً أم إيجاباً.

ويترتب على الاتجاهات الإيجابية اتخاذ قرارات مثل:

- القبول النفسي والاجتماعي للمعوقين.
- تحسين البرامج التربوية والاجتماعية والصحية والمهنية للمعوقين.
- إجراء الدراسات والأبحاث ذات العلاقة.
- دمج الطلبة المعوقين في المدارس العادية.
- إعداد الكوادر اللازمة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- تطوير أدوات القياس المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

ويترتب على الاتجاهات السلبية قرارات مثل:

- الرفض.
- العزل.
- الإنكار والإهمال للمعوقين. (طعيمة، فوزي، البطش، وليد، 64، م11، 1984).

ويمكننا أن نلخص أهمية معرفة اتجاهات الأفراد نحو الإعاقة فيما يلي:

1ـ تسهم في إنجاح البرامج الخاصة بتعديل السلوك وإعداد برامج التوعية والإرشاد الأسري لذوي الأفراد المعاقين. (طعيمة، البطش، 1984).

2ـ تعرفنا بنوعية الخدمات والتشريعات التي يمكن أن يصدرها المجتمع لصالح فئات الإعاقة المختلفة وذلك ضمن منظومة ما يسمى بالتأهيل المبني على المجتمع في سبيل تحقيق مبدأ المساواة وحماية حقوق المعاقين الإنسانية وذلك بمشاركة كافة قطاعات المجتمع المختلفة.

3ـ محاولة تعديل اتجاهات الأفراد السلبية نحو الإعاقة.

4ـ التثقيف والتوعية لتعديل المفاهيم والاتجاهات عن بعض أنواع الإعاقة وما يرتبط بها من مفاهيم خاطئة. (الحديدي، 1998).

تغيير الاتجاه:

«ليس من السهل بمكان على الإنسان أن يغير اتجاهاته، التي كونها واكتسبها خلال مراحل تكوينها التي استغرقت فترة من الوقت ليست بالقليلة نحو موقف معين، من حالة إلى أخرى بين يوم وليلة. كما أنه ليس من السهل بأي حال من الأحوال تغير الاتجاهات العامة عند الناس، والتي سادت بينهم عبر فترات زمنية متتالية، نحو ظاهرة معينة في المجتمع، من حالة إلى حالة أخرى بدعوة من أحد في مركز سلطة أو بناءً على إيحاء من أحد الأصدقاء» كما أن الاتجاهات عندما تصبح من المكونات الأساسية للشخصية يصعب تغييرها أو تعديلها، خاصة تلك التي تتميز بالقوة والتي تنشأ في مراحل مبكرة من حياة الفرد. http://www.uae.ii5ii.com

ويرى الباحثون في ميدان علم الاجتماع وعلم النفس أن هناك عدة أمور تساعد في تغيير الاتجاهات منها:

1ـ زيادة المؤثرات المؤيدة للاتجاه الجديد وخفض المؤثرات المضادة لـه، أمـا إذا تسـاوت المؤثرات المضادة له والمؤيدة فتكون حالة من التوازن والثبات.

2ـ العوامل التي تساعد في تغير الاتجاه:

- ضعف الاتجاه المراد تغييره وعدم ثباته.
- عدم وضوح اتجاه الفرد أساساً نحو موضوع الاتجاه.
- عدم وجود مؤثرات مضادة ووجود خبرات مباشرة تتصل بموضوع الاتجاه.

3ـ تتطلب عملية تغيير الاتجاه ما يلي:

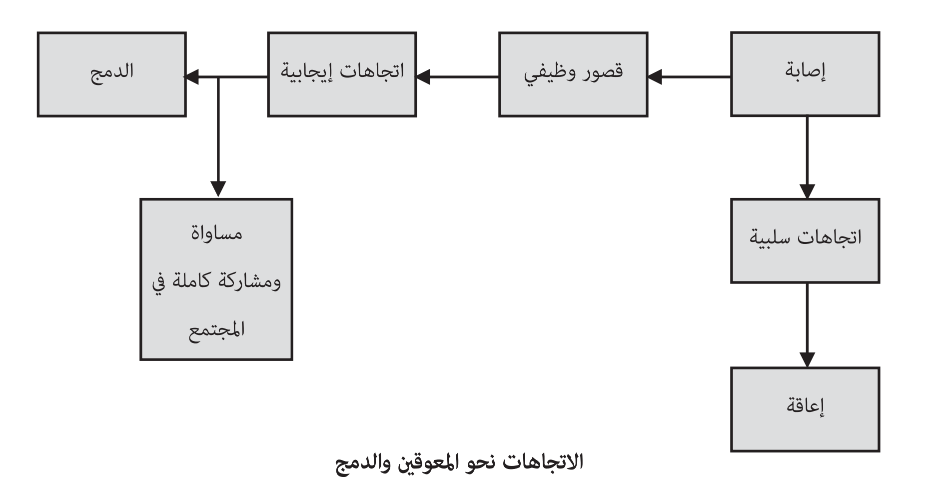
- تحديد أطراف عملية التغيير. من سيتولى إحداث عمليـة التغـير؟ ومـا هـو الموضـوع المراد إحداث تغييره فيه؟.
- معرفة اتجاه المتلقي نحو الموضوع.
- ما هي الوسيلة المستخدمة في التغيير؟.
- إحداث التناقض المعرفي في ذهن المتلقي وإدراكه لضرورة التغيير.

قضايا حول الاتجاهات:

1ـ الاتجاهات نحو المعوقين والدمج:

في ظل حاجات الطلبة المعوقين للخدمات الخاصة وعدم قدرة المؤسسات (الحكومية والخاصـة) على استيعاب المعوقين برزت فكرة الدمج والتي لم تكـن في يـوم مـن الأيـام إلا كنتيجـة لتغـير اتجاهـات المجتمع نحو الإعاقة لما يعود به الدمج من فوائد على الأشخاص المعوقين من فوائد جمـة تربويـة كانـت

أو اقتصادية أو اجتماعية، ويـذكر (تورجونسـون، 1994) عـلى حـد قولـه: «أن الـدمج وتطبيـع الخـدمات Normalization and Integration لا يـتم إلا مـن خـلال تحقيـق المشـاركة للمعـوقين وإتاحة الفرص لهم أسوة بـالآخرين ضـمن المجتمـع»، وهـذا يتطلـب بـالطبع مـن المجتمـع أن يتبنى اتجاهات أكثر إيجابية نحوهم، ويمكننا أن نوضح ذلك من خلال الشكل التالي:



الاتجاهات نحو المعوقين والدمج

(القمش والسعايدة، 2008)

2ـ الاتجاهات نحو المعوقين والعمل:

في عالم العمل تبرز عملية تبلور أية اتجاهات سلبية أو إيجابية نحو المعوقين لما لها مـن تأثير بالغ في ثقة المعوقين بأنفسـهم وبالتـالي في تكـيفهم الاجتماعـي واسـتقرارهم الانفعـالي وثـم عملية تأهيلهم. وإن ظهور اتجاهات سلبية نحوهم لا يكون تأثيره على المعـوقين فحسـب بـل في مجمل الاقتصاد الوطني، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى وجود اتجاهات سلبية بين بعـض الأفراد (ومنهم العاملين) نحو المعـوقين حيـث أنـه وبـالرغم مـن انتقـال الاتجاهـات السـلبية إلى

الإيجابية نحو المعوقين إلا أن الاتجاهات السلبية نحو المعوقين ما زالت موجـودة لـدى الأفـراد والمؤسسات مما يعكس تبايناً إزاء هؤلاء حتى الوقت الحاضر.

3ـ الاتجاهات نحو المعوقين والإعلام:

تعد وسائل الاتصال الجماهيرية المعروفة لدينا والتـي تصـل رسـالتها للنـاس يوميـاً مـن خلال الكلمة المطبوعة كالصحف والمجلات، والمسموعة كالراديو والمرئية كالتلفاز والسـينما مـن الوسائل التي تعمل على تشكيل اتجاهات الأفراد في المجتمع المتلقي لهـا، وتلعـب دوراً حاسـماً في تعديل اتجاهات الأفراد أو تغيرها سلباً أو إيجاباً.

4ـ الاتجاهات ومفهوم ذات المعاق:

تعتبر الاتجاهات (سلبية كانت أم إيجابية) من العوامل الهامة والتي تـؤثر عـلى مفهـوم ذات المعاق، حيث أن ما يترتب على الاتجاهات الإيجابية هو الدعم والتكيف الأمثـل والخـروج بمفهوم ذات إيجابية للمعاق. في حين أن الاتجاهات السلبية والتي مـن نتائجهـا بطبيعـة الحـال وصم الفرد بصفة معينة قد تؤدي إلى ظهور مشكلات مرتبطة بصـورة الفـرد عـن ذاتـه كظهـور مشكلات غير تكيفية ضمن المحـيط والبيئـة الاجتماعيـة التـي يعـيش فيهـا الفـرد كالانسـحاب والخجل والقلق والخوف ومشاعر الإحباط.

5ـ الاتجاهات نحو المعوقين وعمليات التسمية والتصنيف:

تنقسم الدراسات المرتبطة بقضية الاتجاهات وعمليات التسمية والتصنيف إلى مؤيد ومعارض، ففي فترة التي تشير بها بعض الدراسات إلى الفوائد التي يمكن جنيهـا مـن خـلال عمليـة التسـمية والتصـنيف تشـير دراسـات أخـرى إلى عكـس

ذلك كلياً. وما نلاحظه من ردود أفعال متباينة حول قضية التسمية والتصنيف لم يكن يوماً إلا كنتيجة حتمية لقضية الاتجاهات ـ السلبية أو الإيجابية ـ المترتبة على إجراءات التسمية والتصنيف، ففي فترة من الفترات عملت التسميات والتصنيفات، إلى رفض الطفل وأسرته، بالإضافة إلى ما ترتب على ذلك من صعوبات يواجهها الأفراد المعوقين متعلقة بتكيفهم في الحياة العامة. ونلحظ اليوم الارتباط الوثيق بين كل من الاتجاهات وعمليات التسمية والتصنيف للأطفال ذوي الحاجات الخاصة من خلال المصطلحات والتعريفات المستخدمة والتي أصبحت تعكس طبيعة الاتجاهات السائدة نحو المعوقين داخل المجتمع ففي الأردن انتقلت التسمية السائدة (المعاقين عقلياً، سمعياً، بصرياً...) إلى (مصطلح ذوي الحاجات الخاصة) إلى أن أصبحت كما يطلق حالياً بين أوساط التربويين الأطفال ذوي التحديات الخاصة. (السرطاوي، وآخرون، 2006).

الاتجاهات نحو المعوقين في ظل نوع الإعاقة:

يشكل نوع الإعاقة في كثير من الأحيان الدور الرئيس لدى بعض الأفراد بالنسبة لتكون اتجاهات سلبية أو إيجابية تنعكس بالتالي على قبول أو رفض ذلك المعاق وفي هذا السياق يمكننا الحديث عن أربع إعاقات وهي (البصرية والسمعية والعقلية والجسمية).

1ـ الاتجاهات نحو المعوقين بصرياً:

يعلق كل من (Orlansky & Heward, 1988) أن اتجاهات الأفراد نحو أي إعاقة كانت ما هي إلا انعكاس للمجتمع الذي يحمل أفراده ثقافة عبر ركام

من اتجاهات تم تبنيها من فترات سابقة نحو الإعاقة مروراً بالحضارات القديمة إلى يومنا هذا أما (الحديدي، 1998) فتشير في حديثها عن الإعاقة البصرية إلى أن اتجاهات المجتمع تتحدد في ظل سبب الإعاقة ولكن الأهم من ذلك هو إدراك المجتمع الذي يبدو في الكثير من الأحيان ذو الأثر الأكبر من الأسباب الحقيقية للإعاقة. إلا أنه ونتيجة لتعالي الأصوات التي تنادي بتقديم الخدمات لذوي الإعاقة البصرية (Visual Impairment) إضافتنا للآثار المترتبة على عمليات تغير الاتجاهات المجتمعة نحو المعوقين بصرياً، بحيث أصبح المكفوف أكثر تفهماً وقبولاً أكثر من أي وقت مضى من خلال تفعيل البرامج التربوية والتحسن الذي طرأ كماً ونوعاً على الخدمات المقدمة للمكفوفين علاوة على تبني الحكومات مهمة تذليل الصعوبات وتوفير الإمكانات من مال وبحث.

2ـ الاتجاهات نحو المعوقين سمعياً:

من العوامل التي أعاقت عمليات تقديم الخدمات التربوية والتأهيلية للمعوقين سمعياً في وطننا العربي الاعتقادات والمفاهيم الخاطئة التي يحملها الأفراد نحو إعاقة معينة كالإعاقة السمعية مثلاً أو نحو فئات الإعاقة بمجملها حيث أن كثير من هذه الاعتقادات لم تستند إلى المعرفة الدقيقة بمكونات الإعاقة السمعية ومضامينها فتبني الاتجاهات السلبية نحوهم بالإضافة إلى الصورة النمطية التي يحملها البعض من المعوقين سمعياً وللأسف فإن تلك النظرة تمثل إعاقة إضافية يضيفها المجتمع إلى إعاقتهم تحول بدورها دون تمكين (الطالب ـ العامل ـ الموظف) المعاق من القيام بدوره بالمجتمع الذي ينتمي إليه. (القمش والسعايدة، 2008، ص99ـ100).

3ـ الاتجاهات نحو المعوقين عقلياً:

ينظر البعض إلى كون الطفل معاقاً عقلياً بأن ذلك يشكل وصمة عار، حيث أن الكثير من الأفراد يحملون مفاهيم خاطئة ومتعددة فيما يتعلق بالتخلف العقلي. فتجد أن الكثير يخلطون بين مفهوم التخلف العقلي والمرض العقلي. والواقع أن اتجاهات الناس العاديين بشكل عام نحو المتخلفين عقلياً تميل إلى السلبية إلى حد كبير، علماً أن هناك أكثر من (36) مركزاً ومؤسسة للتربية الخاصة في الأردن تعنى في مجال تربية وتعليم المعاقين عقلياً بكافة فئاتهم وأعمارهم وتعمل على تقديم الخدمات الشاملة لهم. (الروسان، 1996).

4ـ الاتجاهات نحو الإعاقة الجسمية:

في نهاية كل من الحرب العالمية الأولى والثانية وما نجم عنها من إصابات وإعاقات رفعت نسبة الإعاقة عالمياً أضعافاً مضاعفة، سيما في الإعاقة الجسمية كان لا بد من تعزيز الخدمات التربوية والتأهيلية لهذه الفئات من أجل العمل على إعادة تأهيلهم في المجتمع مرة أخرى بعد أن كانوا عناصر فعالة تخدم المجتمع. علماً أن ما كانت تلقاه هذه الفئات وما كان يقدم لهم في عصر الظلمات هو تركهم ليموتوا وحدهم أو القيام بقتلهم في سبيل التخلص منهم، وهذا عدا عن تبني اتجاهات لا تمت للواقع الإنساني بصلة كالمعتقدات الخرافية أو الخوف من العدوى. (الخطيب، الحديدي، 1997).

أهم الاتجاهات والمعايير عند الأسرة نحو طفلها المعوق:

1ـ الاتجاه السلبي أو الاتجاه الرافض:

بعض الأسر وللأسف ترفض أن يكون لها طفل لديه إعاقة ولذلك فهي لا تقبل هذا الوضع وتتهرب منه وترفضه بأشكال شتى ومما يترتب على عدم

تقبل الوضع عدم تقبل الطفل المعوق والإساءة إليه نفسياً وجسدياً وإهماله فلا يكترثون لمظهره وملابسه ونظافته وطعامه، وتعتبر هذه نسبة بسيطة في مجتمعنا إلا أنها موجودة.

2ـ الاتجاه المتقبل مع الاهتمام الزائد:

وذلك من خلال الاهتمام الزائد والرعاية والحنان من جانب أحد الوالدين أو كلاهما، وقد يعود بسبب الشفقة الزائدة على هذا الطفل أو غير ذلك.

3ـ الاتجاه الوسط:

وذلك بمعاملة الطفل المعوق مثل بقية إخوته مع تلبية بعض الحاجات الخاصة إن طلب الأمر وهذا ما ننصح به الأهل فعندما نحسس طفلنا المعوق بأنه مثل بقية أفراد الأسرة يتجاوب بشكل مميز وإلا فقد يستغل الطفل إعاقته ليحقق رغباته الخاصة التي تؤدي إلى عدم تقدمه وإظهار مشاكل سلوكية الأسرة بغنى عنها.

ردود فعل الوالدين لوجود طفل معوق في الأسرة:

1ـ التفهم والتقبل واعتبار الطفل المعوق هبة من رب العالمين وعلينا تقبل هذا الأمر.

2ـ الشعور بالحزن (الاكتئاب).

3ـ الغضب والشعور بالذنب.

4ـ الصدمة.

5ـ النكران وعدم الاعتراف بأن الطفل معوق.

6ـ الأماني غير الواقعية.

7ـ الرفض أو النبذ.

8ـ التقلب في المشاعر.

9ـ إلقاء اللوم على الطبيب أو المستشفى.

10ـ التعويض من خلال إنجاب مزيد من الأطفال للإثبات من جانب الأم أنها تلد أطفالاً أسوياء. (شواهين، وآخرون، 2010).

وظائف الاتجاهات:

1ـ يحدد طريق السلوك ويفسره.

2ـ ينعكس على سلوك الفرد في أقواله وأفعاله وتفاعله مع الآخرين ومع الجماعات المختلفة في الوسط الذي يعيش فيه.

3ـ ينظم العمليات الدفاعية والانفعالية والإدراكية والمعرفية حول بعض النواحي الموجودة في المجال الذي يعيش فيه الفرد.

4ـ ييسر للفرد، القدرة على السلوك، واتخاذ القرارات في المواقف النفسية المتعددة، دون تردد أو تفكير في كل موقف، وفي كل مرة تفكيراً مستقلاً.

5ـ يبلور ويوضح صورة العلاقة بين الفرد وعالمه الاجتماعي.

6ـ يوجه استجابات الفرد للأشخاص والأشياء والموضوعات بطريقة تكاد تكون ثابتة.

7ـ تحمل الفرد على أن يحس ويدرك ويفكر بطريقة محددة إزاء موضوعات البيئة الخارجية.

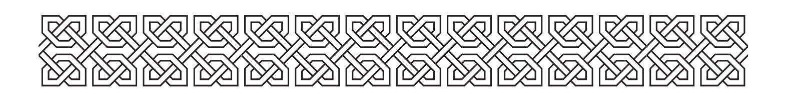
8ـ يعبر الاتجاه المعلن، عن مسايرة الفرد لما يسود مجتمعه من معايير وقيم ومعتقدات.





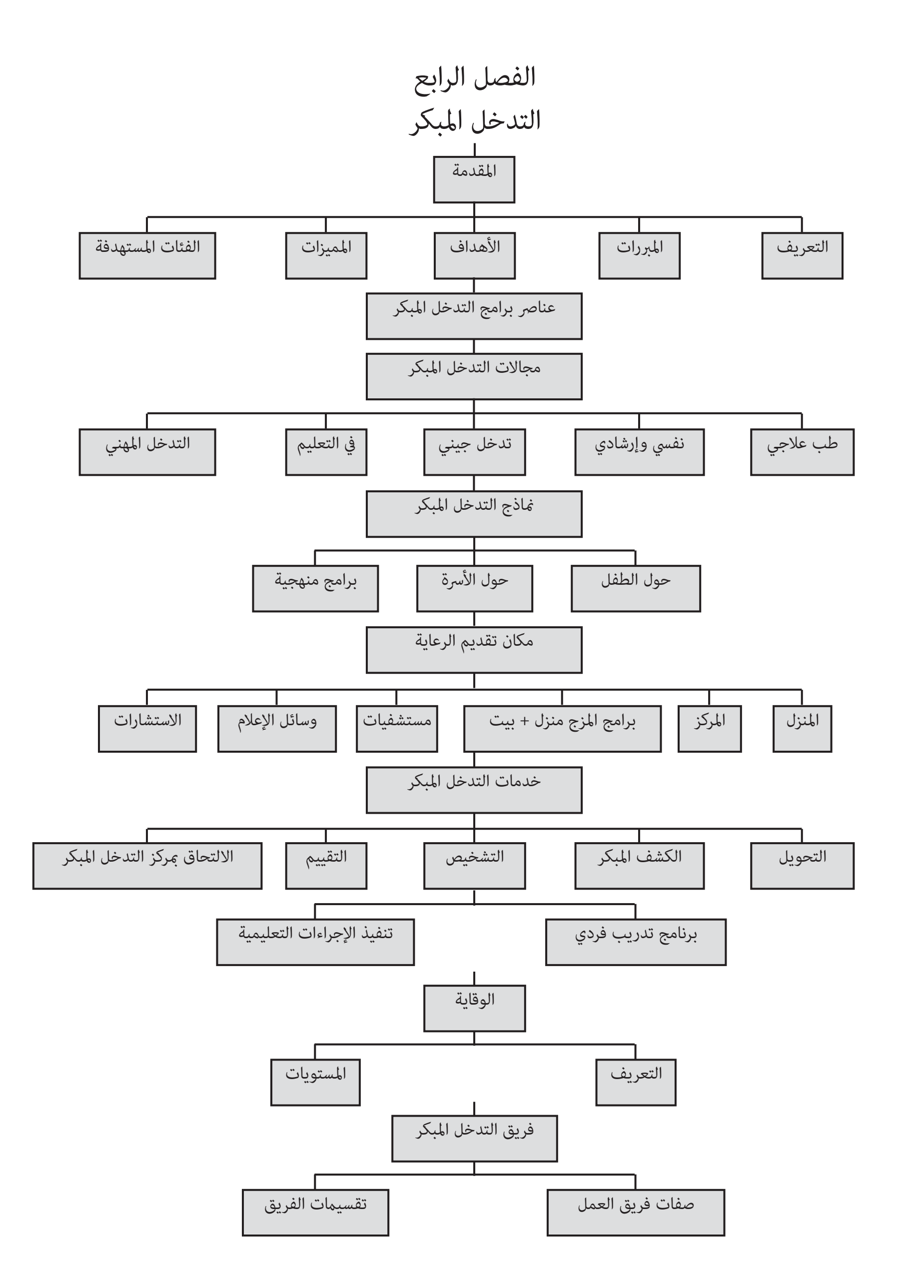
الفصل الرابع

التدخل المبكر



الفصل الرابع

الفصل الرابع
التدخل المبكر



الفصل الرابع

الفصل الرابع

التدخل المبكر

المقدمة:

قدمت البحوث العلمية في العقود الماضية أدلة قوية على أن للخبرات في مرحلة الطفولة المبكرة تأثيرات بالغة وطويلة المدى على التعلم والنمو. فالمرحلة العمرية المبكرة مهمة لنمو الأطفال جميعاً بمن فيهم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة بل لعلها تكون أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين لأنهم غالباً ما يعانون من تأخر نمائي يتطلب التغلب عليه تصميم برامج خاصة فاعلة من شأنها استثمار فترات النمو الحرجة أو الحساسة. ففي السنوات الست الأولى من العمر يتعلم الإنسان العديد من المهارات الحسية: الإدراكية والمعرفية واللغوية والاجتماعية التي تشكل بمجملها الفائدة التي ينبثق عنها النمو المستقبلي.

ويتبوأ التدخل المبكر أو ما يعرف بالتربية الخاصة المبكرة في عالم اليوم موقعاً متقدماً في أولويات العمل بالنسبة للإدارات والمؤسسات والجمعيات الدولية والإقليمية ذات العلاقة بالتربية الخاصة. والمبرر الأساسي لبرامج التدخل المبكر هو أن الأطفال صغار السن أكثر قابلية لاكتساب المهارات من

الأطفال الأكبر سناً، وأن حالات الإعاقة الثانوية يمكن الوقاية منها ودرء مخاطرها.

وأصبح مفهوم التدخل المبكر في الآونة الأخيرة أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الذين يعانون من إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية. فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون السادسة من أعمارهم ولأسرهم أيضاً. فالتدخل المبكر الفعال يوكل للأسرة دوراً مهماً ولا يتعامل مع الطفل بمعزل عن أسرته بل يؤكد أن الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمنأى عن ظروفه الأسرية والاجتماعية. (كوفمان، هالهان، 2008).

فلما كانت الأسرة هي الشيء الثابت في حياة الطفل فإن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات تشاركية مع أولياء الأمور. ولكن مشاركة أولياء الأمور الإيجابية في التخطيط للخدمات وفي اتخاذ القرارات تتطلب قيام الأخصائيين بتعديل اتجاهاتهم وبإعادة النظر والتفكير بعلاقاتهم مع الأسر.

ويهدف هذا الفصل إلى التعرف على التدخل المبكر من حيث:

1ـ تعريفه ومبرراته وأهدافه ومميزاته والفئات التي يستهدفها في برامجه.

2ـ عناصره ومجالاته ونماذجه وخدماته.

3ـ فريق العمل القائم عليه.

تعريف التدخل المبكر:

(Defining Early Intervention):

المفاهيم المرتبطة بالتدخل المبكر:

التربيــة الخاصــة في الطفولــة المبكــرة (Early Childhood Special Education): هــي الخدمات التربوية والخدمات المساندة المقدمة للأطفال من أعمار (3ـ5) سنوات.

ويعرف التدخل المبكر بأنه: جهود موجهة على مستوى المنزل والصف وتقدم:

1ـ خدمات تعويضية أو وقائية للأطفال المعرضين إلى خطر مشكلات التعلم والمشـكلات السلوكية في حياتهم خصوصاً خلال سنوات المدرسة.

2ـ خدمات علاجية للمشكلات والعيوب النمائية القائمـة أو الحـاضرة وذلـك لخفـض أو إزالة آثار الإعاقات المفترضة أو لوقاية النمو من المشكلات المفترضة.

وهناك تعريف آخر للتدخل المبكر هو: المدى الواسع من الخدمات التي تقدم للأطفـال والآباء والأطفال الرضع وأسرهم خلال مرحلة الحمل والطفولة المبكرة. (الزريقات، 2011).

التدخل المبكـر ويمكـن تعريفـه: «عبـارة عـن مجموعـة شـاملة مـن الخـدمات الطبيـة والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون السادسة الذين يعانون مـن إعاقـة أو تـأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة».

كما أنه العمل على التعرف مبكراً على التأخر والاضطرابات والإعاقات الموجودة عند الطفل ما أمكن، ومن ثم تقديم البرامج التربوية الفاعلة له، والخدمات المناسبة لحالته، للعمل على زيادة كفاءته وقدرته ومهاراته والتقليل ما أمكن من نتائج الاضطرابات والإعاقة، إضافة للخدمات المقدمة لأسرته لزيادة كفاءتها وقدرتها ما أمكن. (Hallahan, Kuffman, 2009).

مبررات التدخل المبكر:

(Rationale for Early Intervention):

1ـ تعتبر السنوات الأولى في حياة الأطفال المعاقين أو المتأخرين الذين لا يقدم لهم فيها خدمات وبرامج تدخل مبكر سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي.

2ـ النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط بل أن البيئة تلعب دوراً حاسماً في جوانب النمو.

3ـ التعلم الإنساني أسهل وأسرع في السنوات المبكرة من العمر عنه في المراحل اللاحقة.

4ـ التأخر النمائي قبل سن الخامسة مؤشر خطر ويقدم نذر مبكرة باحتمالية معاناة الطفل من مشكلات أو اضطراب في الأعمار اللاحقة.

5ـ الوالدين معلمين لأطفالهم وهم في أمس الحاجة إلى الإعداد والتدريب للتعامل مع أطفالهم في هذه المرحلة. (يحيى، 2006).

6ـ التدخل المبكر يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما مواجهة صعوبات نفسية هائلة مستقبلاً.

7ـ معظم مراحل النمو الحرجـة والتـي تكـون فيهـا القابليـة للـتعلم والنمـو في ذروتهـا تحدث في السنوات الأولى من العمر وكذلك مظاهر النمو متداخلة في التأثر والتأثير.

8ـ التدخل المبكر جدواه مثمرة ومتعددة على جميع الجوانب (الاقتصادية، التربويـة...).

(يحيى، 2006).

أهداف التدخل المبكر:

(The Goals of Early Intervention):

1ـ التقليل من الآثار السلبية لحالات الإعاقة على نمو الطفـل، والمنـع قـدر الإمكـان مـن حالات تدهور الحالة.

2ـ مساعدة الطفل بقدر الإمكان على التكيف مع البيئة.

3ـ التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة.

4ـ إحداث تغيرات جوهريـة في شـتى المجـالات الجسـيمة، والإدراكيـة، واللغـة والكـلام وتوفير علاج مهني وطبي وطبيعي.

5ـ التقليل من التبعية للأسرة.

6ـ التقليل من احتياجات خدمات التعليم الخاص في سن المدرسة.

7ـ التقليل من جهد العائلة من خلال تدريبها وإرشادها إلى الطريق الصحيح.

8ـ تجنب المجتمع الرعاية الصحية المكثفة وتكاليف التعليم.

9ـ التقليل من المشاكل السلوكية والسيطرة عليها.

10ـ إعطاء المعوقين وكل من يحتاج إلى التدخل المبكر حقه في المجتمع كأي فرد عادي. (يحيى، 2006).

مميزات التدخل المبكر:

(Advantages of Early Intervention):

1ـ أن التعليم المبكر من جانب الطفل يوفر الأساس للتعليم التالي أو اللاحق، وبالتالي كلما كان التدخل مبكراً كلما أمكن تعليم الطفل مهارات أكثر تعقيداً.

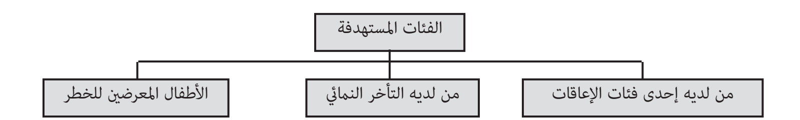
2ـ يعمل التدخل المبكر على تقديم الدعم اللازم لكل من الأسرة والطفل، الأمر الذي من شأنه أن يعمل على منع تطور مشكلات إضافية.

3ـ يساعد التدخل المبكر الأسرة على التكيف لوجود طفل معوق، فالتدخل المبكر يوفر خدمات الدعم الإضافي الذي قد تحتاجه الأسرة كالإرشاد وغيره. (Hallahan, Kuffman, 2009).

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

(Target Groups in Early Intervention Programs):

وتقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال الذين يحققون المعايير التالية وبالتالي فهم بحاجة للمساعدة والدعم:



1ــ حـالات صـحية مشخصـة بإحـدى فئـات الإعاقـة (Children With Established Disabilities).

2ــ تـأخر نمـائي يـؤثر عـلى تنفيـذ الأنشـطة الحياتيـة اليوميـة (Developmentally Delayed Children).

وهم الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو في واحدة أكثر من المجالات التالية:

أ ـ المجال المعرفي.

ب ـ المجال الحركي.

ج ـ المجال الاجتماعي ـ الانفعالي.

د ـ مجال العناية بالذات. (يحيى، 2006).

3ـ الأطفال المعرضين للخطر ولكنهم لا يظهرون الإصابة بالإعاقة أو التـأخر الـنمائي (At-Risk Children).

وهم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية أو بيولوجية، مثل:

أ ـ عمر الأم عند الولادة.

ب ـ عدم استقرار الوضع الأسري.

ج ـ النزيف الدماغي.

د ـ وجود إعاقة لدى الوالدين.

هـ ـ استخدام العقاقير الخطرة.

و ـ الخداج.

ز ـ الاختناق. (الروسان، 2000).

عناصر برامج التدخل المبكر:

(Elements of Early Intervention Programs):

تشتمل برامج التدخل المبكر على العناصر التالية:

1ــ المهـارات أو العمليـات الأساسـية مثـل الانتبـاه والإدراك، اللغـة، التـذكر والمهـارات الحسية والحركية.

2ـ المهـارات النمائيـة في المجـالات المختلفـة مثـل العنايـة بالـذات، والمهـارات الحياتيـة اليومية، والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية.

3ـ المهارات الحركية الكبيرة: الزحف، المشي، التسلق، القفـز، والرمـي. تسـاعد الطفـل في تطوير الأنشطة الآلية الجسمية.

4ـ المهارات الحركية الدقيقة: مثال ذلك حركة الأصابع.

5ـ المهارات البصرية: التمييز بين المتشابه والمختلف في الصور والأشكال والحروف.

6ـ المهـارات السـمعية: تمييـز الأصـوات والـذاكرة الصـوتية ومـن هـذه الأنشـطة لعبـة الكلمات وألعاب الذاكرة.

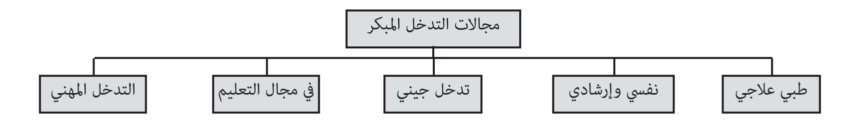
7ـ مهارات الاتصال واللغة، وتتضمن القدرة على الاستماع والكلام.

8ـ المهارات الاجتماعية: تتضمن تعلم التفاعلات وتكوين العلاقات مع الآخـرين. (يحيـى، 2006).

مجالات التدخل المبكر:

(Areas Early Intervention):

التدخل المبكر: يتألف التدخل المبكر من مدى واسع من الخدمات التربوية والغذائية ورعاية الطفل ودعم الأسرة تصمم وتهدف جميعها إلى خفض تأثيرات الإعاقات المفترضة. وتشمل المجالات التالية:



أولاً: التدخل الطبي والعلاجي:

(Early Intervention and Medical Treatment):

ينبغي تقديم الإجراءات الطبية والعلاجية في حال حدوث الإصابة في أسرع وقت ممكن بما تتضمنه تلك الإجراءات من عمليات جراحية ووصف الأدوية المناسبة وتقديم العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي بالإضافة إلى توفير الأجهزة التعويضية في حال كان وضع المصاب يتطلب ذلك. (البيلاوي، 2010).

ثانياً: التدخل النفسي والإرشادي:

(Early Intervention and Psychological Indicative):

إن من الآثار التي تتركها الإعاقة على الشخص المعاق التسبب بالمخاوف لديهم وانخفاض تقديرهم لذاتهم وعدم الشعور بالإنجاز وعدم التقبل للإعاقة وضعف القدرة على تكوين علاقات جيدة مع الآخرين وغيرها من المشكلات النفسية التي تتطلب تدخل مباشر من الأخصائي النفسي وذلك ليساعد الشخص المعاق على التخلص من هذه المشكلات، وتنتج الضغوطات النفسية

عند الأفراد المعـاقين نتيجـة لتكـرار الإحبـاط بسـبب العقبـات البيئيـة والاجتماعيـة، وتوقعـات المجتمع غير الواقعية، بالإضافة إلى قلة الخيارات لديه سواء كانت خيارات مهنية أو تعليميـة أو غيرها، كما ويعاني الشخص المعاق في بعض الأحيان من عـدم القـدرة عـلى التكيـف الاجتماعـي ويكون لديه تصور جسمي مشوه مما يتسبب له بالعزلة وتكوين اتجاهات سلبية عـن الإعاقـة. (البيلاوي، 2010).

ثالثاً: التدخل الجيني:

(Early Intervention Genetic):

إن العديد من التشوهات والمشكلات ترجع إلى اضطرابات كروموسومية من هنا جاءت أهمية الإرشاد الجيني والذي يجب أن يسير بشكل مخطط ومدروس ليشمل الأفـراد في مرحلـة ما قبل الزواج والأسر التي يوجد في تاريخها أفراد معاقين والنساء اللواتي يتزوجن في سـن مبكـرة أو في سن متأخرة وذلك للحد ما أمكن من إنجاب أطفال معاقين. (الخطيب، 2009).

رابعاً: التدخل المبكر في مجال التعليم:

(Early Intervention in The Field of Education):

إذ أن الإعاقة تفرض على الأشخاص المصابين بها قيوداً تحد من قدرتهم التعليمية وذلـك بسبب عدم وجود التسهيلات البيئية وعدم توفر المناهج المعدلـة وغيرهـا مـن المشـكلات التـي تتطلب تدخلاً مبرمج من أجل عدم حرمان الطفل من التعليم كبقيـة الأطفـال ولعـل مـن أبـرز تلك التدخلات توفير التسهيلات البيئية المناسبة وتوفير الأدوات التكنولوجية المناسـبة. (الخطيب، 2009).

خامساً: التدخل المهني:

(Professional Intervention):

إن قدرات الشخص المعاق المهنية تتأثر بسبب وجود الإعاقة لديه كما وتقل خياراته المهنية فضلاً عن مشكلات الوصول إلى العمل وعدم القدرة على التعامل مع الأجهزة الخاصة بالعمل في بعض الأحيان وبالتالي ينبغي توعية الشخص المعاق بأنواع المهن التي تناسبه وتدريبه عليه. (البيلاوي، 2010).

نماذج التدخل المبكر:

(Models of Early Intervention):

تصنف نماذج التدخل المبكر إلى النماذج التالية حسب:

أ ـ محور اهتمام البرنامج (The Focus of The Program):

1ـ برامج متمركزة حول الطفل (Child-Centered Programs):

وهي الحالة التكوينية للطفل وتأخذ طابع تلقائياً أو تعويضياً أو علاجياً وتشمل خدمات الفرز والمسح والتقييم وبناء خطة تدخل فردي ورعاية إنمائية والنواحي السلوكية للسلوك التوافقي والنضج الاجتماعي والمهارات الاجتماعية والتعليمية. (يحيى، 2006).

2ـ برامج متمركزة حول الأسرة (Family-Centered Programs):

باعتبارها تحتاج إلى المساعدة والدعم ووسيط لتقديم الرعاية للطفل وتحقيق استقلالية الوالدين وتكيفهما وتقبل الإعاقة والتخلص من الضغوط النفسية لوجود طفل معرض لخطر الإعاقة أو متأخر نمائياً كما تركز على رفع مستوى التوافق والتفاعل الأسري وتحسين أنماط الاتصال والتفاعل المبكر

للوالدين والطفل ولاسيما بين الأم والطفل الرضيع وبالإضافة إلى الدعم والمساندة الاقتصادية والاجتماعية والخبرات البيئية وتطوير مهارات العناية وتدريب الوالدين والتعرف على مصادر الخدمة المتخصصة للارتقاء بنمو الطفل والغرض الأساسي لمساعدة الأسرة للاستقلالية وقلة الاعتماد على الخبراء المهنيين. (يحيى، 2006).

3ـ برامج مجتمعية (Community Programs):

وتختص بتهيئة المؤسسات الخدمية في مجالات صحة الأم ومراكز الرعاية المبكرة ومصادر الرعاية بالمجتمع المحلي وإعداد الأخصائيين في مجال التدخل المبكر والبرامج الإرشادية والإعلامية في مجالات الإعاقة ودعم الجمعيات في مجال الإعاقة والمساندة الاجتماعية والدفاع الاجتماعي والبرامج التدريبية للوالدين. (يحيى، 2006).

ب ـ مكان تقديم الرعاية (Place of Care):

1ـ الخدمات المقدمة في المنزل (Home-Based-Program):

لا بد من تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل في بيته ولكن من المآخذ على ذلك، أنه قد لا تتوفر قدرة لدى أولياء الأمور على تدريب أبنائهم بشكل فعال. وتأخذ عدة أشكال (الدعم الأسري، الزيارات المنزلية، منازل الرعاية الصحية الأسرية النهارية). (الزريقات، 2011).

2ـ الخدمات المقدمة في المراكز (Centers-Based-Program):

يستفيد من خدمات هذه المراكز الأطفال من سن (2ـ6) حيث يقضي أطفال في هذه المراكز (3ـ5) ساعات يومياً، وفي هذه المراكز يتم نشر الوعي الاجتماعي بضرورة التدخل المبكر، وإتاحة الفرصة للتفاعل مع المجتمع، لكن

قد تكون التكلفة المادية وعدم توفر المواصلات من العقبات التي تواجه هذا البرنامج. وتأخذ أحد الأشكال التالية: (مراكز الآباء، الأطفال، رعاية الطفل النمائية، الدمج العكسي، نموذج المركز التقليدي، الرعاية الطبية للطفل). (الزريقات، 2011).

3ـ برامج المزج (Combination Programs):

أي الدمج بين الخدمات المقدمة في المنزل والخدمات المقدمة في المراكز، وهذا البرنامج يساعد في تلبية حاجات الأطفال وأسرهم بمرونة أكبر ولكنه يتطلب الإشراف باستمرار. (الزريقات، 2011).

4ـ التدخل في المستشفيات (Intervention in Hospitals):

ويستخدم للأطفال الذين لدهم إعاقات نمائية شديدة يتطلب إدخالهم المستشفى بشكل متكرر. (يحيى، 2006).

5ـ التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام (Early Intervention Through The Media):

ويستخدم هذا النموذج جميع وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية لتدريب أولياء الأمور وتوعية المجتمع وبيان ما هي المراكز التي تقدم الخدمات باختلاف أنواعها للأطفال المحتاجين لهذه الخدمات. (الخطيب، 2009).

6ـ التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات (Early Intervention Through Counseling):

في هذا النوع من التدخل يوم الوالدان بزيارات دورية إلى المراكز حيث يتم تقييم أداء الطفل ومتابعة أدائه وتدريب الوالدين ومناقشة القضايا المهمة. (الخطيب، 2009).

الفصل الرابع

خدمات التدخل المبكر:

(Early Intervention Services)

تقسم طبيعة خدمات التدخل المبكر إلى قسمين رئيسين هما:

أولاً: التدخل من أجل التأهيل (Intervention for Rehabilitation):

هناك خطوات منظمة ذات تسلسل تحدد مدى حاجة الطفل للخدمات وطبيعة تلك الخدمات والتي يتم بناء عليها تصميم البرنامج التربوي للطفل والإجراءات الواجبة لتقديم خدمات التدخل تتم وفقاً للترتيب التالي:

الإجراء الأول: التحويل (Conversion):

يتم قبول الحالات التي لا تزيد أعمارها عن ست سنوات ولكن لديهم حاجات مختلفة مع اعتبار أن كل طفل يختلف عن الآخر كما يلي:

- طفل لديه إعاقة محددة واضحة مثل الشلل الدماغي أو متلازمة داون أو صغر حجم الجمجمة.
- طفل لديه إعاقة غير ظاهرة.
- طفل ليس لديه إعاقة ولكن لديه تأخر في النمو الحركي أو اللغوي.
- طفل يمر بظروف صحية أو بيئية تجعله معرضاً للإعاقة. (يحيى، 2006).

الإجراء الثاني: الكشف المبكر (Early Identification):

هو عملية تهدف إلى التعرف على الأطفال الذين قد يحتاجون إلى خدمات تربوية خاصة ليحققوا أقصى درجات الأداء الوظيفي.

غالباً ما يمضي وقت طويل حتى تتم الإحالة إلى مراكز التدخل وعليه فإن المتعارف عليه أن الكشف المبكر هو جزء من عملية التدخل وليس كوسيلة

للتعرف والقياس، وتتبع مراكز التدخل أسلوباً في الكشف المبكر يعتمد على تصنيف الأطفال إلى فئتين رئيسيتين هما:

- الفئة الأولى: أطفال ذوو إعاقة واضحة ومثبتة.
- الفئة الثانية: الأطفال المعرضون لخطر الإعاقة.

مبادئ الكشف المبكر (Principles of Early Detection):

1ـ الافتراض بأن المشكلة التي يتم الكشف عنها يمكن معالجتها ببرامج علاجية لاحقة.

2ـ إن التدخل المبكر أكثر فعالية من العلاج في وقت متأخر.

3ـ إن المشكلة التي يتم الكشف عنها شائعة نسبياً وليست نادرة.

4ـ يجب توافر أدوات الكشف المناسبة. (الخطيب، 2009).

الإجراء الثالث: عملية التشخيص (Diagnosis):

هي مجموعة إجراءات يقوم بها فريق بالمركز متعدد التخصصات، وهذه الإجراءات تهدف إلى تأكيد وجود حالة خاصة لدى الطفل الذي تم التعرف عليه في عملية الكشف المبكر. ويعتمد التشخيص السليم للإعاقة على أمور ثلاثة:

أولاً: مراجعة التشخيص تمكن من تقديم خدمات صحية مناسبة.

ثانياً: التشخيص الدقيق يعطي معلومات أوضح لحالة المعوق ويوضح الصورة لأسرته والتوقعات المحتملة للحالة وتطوراتها.

ثالثاً: التشخيص الدقيق أمر جوهري يمكن من خلاله التعرف على

الأسباب الوراثية المتعلقة بالحالة ومن ثم يمكن مناقشتها مع كل من الوالدين. (زياد، 2004).

الإجراء الرابع: عملية التقييم (Assessment):

من المهم دراسة جميع المعلومات المتوافرة عن الأطفال الخاصة بنموهم الجسمي والاجتماعي والعقلي واللغوي والعناية بالذات للأهداف التالية:

1ـ الوقوف على طبيعة ومدى حاجة الطفل إلى برنامج التدخل المبكر.

2ـ وضع البرنامج التربوي ـ العلاجي للطفل.

3ـ تقييم فاعلية البرنامج المقدم له.

وتتلخص أشكال التقييم فيما يلي:

أ ـ الملاحظة: مراقبة الطفل حول تكرار السلوك أو مدة حدوثه أو شدته.

ب ـ المقابلة: للتعرف على الطفل وأسرته ومشاعر الوالدين.

ج ـ دراسة الحالة: بعد إجراء المقابلات السابقة وتحليل الملفات والتقارير.

د ـ الاختبارات: تضم نوعين رئيسين:

1ـ اختبارات رسمية (معيارية المرجع) تطبق في ظروف معينة وتستخدم لمقارنة أداء الطفل بأقرانه من نفس العمر الزمني.

2ـ اختبارات محكية المرجع تهدف إلى تحديد مدى إتقان الطفل لمهارات معينة.

(الزريقات، 2011).

الإجراء الخامس: الالتحاق بمركز التدخل المبكر:

(Access to Status of Early Intervention):

تعد بداية الالتحاق بالمركز فترة انتقالية صعبة للآباء والأمهات وهذه الفترة تتطلب ما يلي:

1ـ بذل الجهد للتعرف على النظام التربوي الجديد والحقوق والواجبات والتربية الخاصة والخدمات المساندة التي يقدمها المركز بعد انتقال الطفل إلى المركز.

2ـ بناء علاقة مع معلمة الطفل.

3ـ المساهمة في تنفيذ الأنشطة المخصصة للآباء وعلى المعلمة أن تفهم وتحترم هموم ومخاوف الآباء وعليها أن تفهم طبيعة إعاقة طفلهم وبرنامجه التربوي.

4ـ إعطاء الفرصة لأولياء الأمور للمشاركة في برامج التدخل المبكر ليطلعوا على أي تقدم يحرزه الطفل.

5ـ تطلع المعلمة على التقارير الطبية والنماذج التي قام الوالدان بتعبئتها.

6ـ تشجيع الوالدين على الحضور للمركز برفقة طفلهما أثناء رحلة التكيف الأولى.

7ـ قد يكتفي بإجراء اتصالات هاتفية يومية بشكل دوري أو القيام بزيارات منزلية أو إرسال رسائل أسبوعية أو شبه أسبوعية للأسر.

8ـ حث الوالدين على زيارة غرف الصف أثناء الدوام مما يسهم في فتح التواصل وقد يرغب البعض في القيام ببعض الأعمال التطوعية.

9ـ تشكيل مجموعة من الآباء ليتم التعارف وليطلع أولياء الأمور على القضايا المحلية ذات التأثير على الخدمات المقدمة للأطفال المعوقين ولتبادل الخبرات والتعرف على الآباء الآخرين الذين اجتازوا المرحلة الانتقالية بنجاح وتوفير الدعم المتبادل. (الزريقات، 2011).

الإجراء السادس: البرنامج التربوي الفردي:

(Individual Educational Plan)

البرنامج التربوي الفردي أو الخطة التعليمية الفردية وثيقة مكتوبة تبين مستوى الأداء الحالي للطفل في جوانب النمو التالية:

أ ـ النمو الجسمي (بما في ذلك الوضع الصحي العام والوضع السمعي والبصري) والنمو الحركي الكبير (الجلوس، والوقوف، المشي، التوازن،.. الخ) والنمو الحركي الدقيق (التآزر البصري ـ اليدوي،.. الخ).

ب ـ النمو العقلي (القدرات الإدراكية العامة والقدرة على التعلم والتفكير والتذكر وحل المشكلات والانتباه.. الخ).

ج ـ النمو اللغوي (القدرة على استخدام واستيعاب الأصوات والكلمات والإيماءات).

د ـ النمو الاجتماعي ـ الانفعالي (أنماط التفاعل مع الأطفال والراشدين والخصائص السلوكية العامة مثل الانسحاب، العدوان، الخجل، مفهوم الذات.. الخ).

هـ ـ النمو الشخصي التكيفي (القدرة على العناية بالذات من حيث تناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام الحمام والنظافة الشخصية).

كذلك يوضح البرنامج التربوي الفردي الأهداف السنوية (طويلة المدى) والأهداف السلوكية (قصيرة المدى) للطفل والأساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الأهداف ومعايرة النجاح والمدة الزمنية التي يتوقع أن يستغرقها تنفيذ البرنامج. (Hallahan, kuffman, 2009).

الإجراء السابع: تنفيذ الإجراءات التعليمية:

(Implementation of Education Measures)

بعد إعداد البرنامج التربوي الفردي يعمل الأخصائيون على تقسيم الأطفال إلى مجموعات تعليمية صغيرة نسبياً وذلك حسب عمرهم الزمني وحاجاتهم الخاصة وقدراتهم التعليمية ويتم تدريب وتعليم كل مجموعة في غرفة صف تديرها مربية تحمل شهادة علمية في تخصص التربية الخاصة. وهناك جدول زمني للنشاطات اليومية في غرفة الصف يحدد مواعيد تدريب الأطفال على المهارات المعرفية، واللغوية، والعناية الذاتية، والحركية، والاجتماعية، ومواعيد الاستراحة وتناول وجبة طعام خفيفة... الخ.

وبناء على حاجات الطفل الخاصة يكون الأخصائيون قد اعتمدوا خطة محددة لتقديم الخدمات للطفل خارج غرفة الصف أيضاً فهو قد يذهب إلى غرفة العلاج الطبيعي على فترات محددة وكذلك الأمر بالنسبة للعلاج النطقي والعلاج الوظيفي وما إلى ذلك من خدمات. (Hallahan, kuffman, 2009).

ثانياً: التدخل من أجل الوقاية:

Early Intervention for The Prevention

تعريف الوقاية (Defining Prevention):

يشير مفهوم الوقاية من الإعاقة إلى الحيلولة دون حدوث الإعاقة، والقضاء على مسبباتها، أو التخفيف من شدة الإصابة بها إلى أقصى درجة ممكنة، واتخاذ التدابير التي تحول دون تطور العجز إلى إعاقة. (القمش والسعايدة، 2008).

مستويات الوقاية:

المستوى الأول: الوقاية الأولية (Primary Prevention):

منع حدوث المرض أو التعرض للإصابات وبالتالي خفض نسبة الأشخاص المعرضين لخطر العجز والإعاقة في المجتمع.

تتمثل الوقاية الأولية في محاولة التخلص من أسباب الإعاقة أو الظروف المؤدية إليها عن طريق الإجراءات التي يمكن اتخاذها سواء قبل فترة الحمل أو أثنائها أو بعدها لرعاية الجنين وضمان سلامة نموه الجسمي والعقلي بشكل طبيعي.

ويتضمن المستوى الأول من الوقاية مجموعة من الخدمات والإجراءات منها:

1ـ تقديم خدمات الإرشاد الوراثي.

2ـ نشر الوعي الصحي العام ورفع مستوى الرعاية الصحية الأولية.

3ـ المتابعة الصحية المستمرة للحوامل والأطفال حديثي الولادة.

4ـ إزالة المخاطر البيئية.

5ـ التلقيح ضد أمراض الطفولة.

6ـ إجراء الولادات في ظروف صحية مناسبة.

7ـ التوعية من آثار التعرض للأشعة وتناول الأدوية أثناء فترة الحمل.

8ـ الكشف المبكر عن الأمراض التي تصيب الحامل ومعالجتها. (الخطيب وآخرون، 2007).

المستوى الثاني: الوقاية من الدرجة الثانية (Secondary Prevention):

تتمثل الوقاية الثانوية في الكشف المبكر عن أسباب الإعاقة وعلاجها قبل أن تؤثر على الطفل. وفي هذا المستوى نمنع وصول حالة الفرد المصاب إلى درجة الإعاقة أو العجز، وبسبب التقدم العلمي والتكنولوجي في مجالات الرعاية التربوية والاجتماعية والنفسية والطبية وخاصة الجراحة والعلاج الطبيعي وعلاج عيوب النطق والكلام وكسور العظام وتجبير الأعضاء المصابة أو زرع أعضاء بديلة وبرامج التوجيه والتدريب والتأهيل المهني، أتاحت الفرصة لمعالجة الكثير من آثار الإصابات والعوامل المسببة للإعاقة أو التخفيف منها واستخدام الأجهزة التعويضية واكتساب الفرد للمهارات التي تمكنه من أداء الأعمال والقيام بالأنشطة اليومية بدرجة لا تختلف عن الشخص العادي أو أقرب ما يكون للعادي.

ويتضمن المستوى الثاني من الوقاية مجموعة من الخدمات والإجراءات منها:

1ـ الكشف المبكر عن الأمراض والاضطرابات.

2ـ تقديم الإجراءات التعويضية المناسبة.

3ـ توفير المعالجة الطبية سواء بالأدوية أو الجراحة أو التغذية. (الخطيب وآخرون، 2007).

المستوى الثالث: الوقاية من الدرجة الثالثة (Tertiary Prevention):

تهدف الوقاية في المستوى الثالث إلى التقليل من الآثار السلبية المترتبة على حالة القصور والعجز والتخفيف من حدتها ومنع مضاعفاتها، وتشتمل هذه الإجراءات على الخدمات التي تقدم للأفراد لمساعدتهم في التغلب على صعوباتهم سواء من خلال البرامج التربوية الخاصة أو التدريب والتأهيل، أو من خلال تقديم الوسائل والأجهزة المعنية كالأطراف الصناعية أو الخدمات الأخرى المساعدة كالعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي... وغيرها.

كما تشتمل الخدمات الوقائية في هذا المستوى على الإجراءات التي تتخذ لتعديل البيئة لتصبح أكثر مناسبة للمعاقين والتقليل من العوائق البيئية المختلفة التي تحول دون اندماجهم في الأنشطة الحياتية المختلفة، ومن الأمثلة على هذه الخدمات التسهيلات الخاصة في المباني والطرق ووسائل الاتصال وتعديل الاتجاهات السلبية حيال ذوي الإعاقة.

وتعتبر مرحلة الوقاية هذه من أهم المراحل للحيلولة دون حدوث العجز، وتعرف بمرحلة التأهيل الاجتماعي لأنها لا ترتبط بالفرد نفسه بل ترتبط بأوضاع المجتمع وتسعى إلى إعداد الفرد الذي يعاني من قصور وظيفي

عضوي أو نفسي نتيجة لعامل وراثي قبل الـولادة أو أثنائهـا أو بعـدها حتـى لا يتطـور القصـور الوظيفي إلى حالة من العجز أو الإعاقة. (البيلاوي، 2010).

ويتضمن المستوى الثالث من الوقاية مجموعة من الخدمات والإجراءات منها:

- رسم وتنفيذ برامج التأهيل الطبي والتربوي والاجتماعي والمهني.
- علاج الآثار النفسية المترتبة على الإعاقة أياً كان نوعها حتى لا تحدث اضطرابات نفسية أو سوء توافق الفرد مع نفسه أو عدم تكيفه مع البيئة المحيطة.
- توفير الأجهزة التعويضية التي تسهل لذوي الإعاقة حياتهم.
- تخفيـف مشـاعر الـنقص والدونيـة والشـعور بالفشـل أو الاتجاهـات العدوانيـة نحـو المجتمع.
- تحقيق الاستقلال الاقتصادي.
- اختيار مجالات التدريب المهني التي تتفق مع قدرات الفرد المعاق.
- إزالة الحواجز من البيئة التـي يعـيش فيهـا الفـرد المعـاق في البيـت والمدرسـة والعمـل والطرق (مثال: ملائمة تخطيط المباني لاستخدام الكراسي المتحركة).
- إصدار التشريعات التي تتضمن حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة وتـأهيلهم وتشـغيلهم وحمايتهم من الاستغلال. (الخطيب وآخرون، 2007).

فريق التدخل المبكر (Early Intervention Team):

يعتبر حجر الزاوية في نشاط مراكز التدخل المبكر هو إعداد الكوادر الناجحة التي تتمتع بالخبرة التي تضمن فاعلية البرامج المنفذة فإذا اجتمعت تلك الرعاية الناجحة مع مشاركة الأسرة تقترب البرامج بذلك من تحقيق أهدافها.

التدخل المبكر مجال عملي يستند على معرفة علمية بنمو الأطفال ومراحله من ناحية وبالخصائص العامة للطفل من ناحية أخرى. كما أنه يقوم على تكامل خدمات طبية وتربوية ونفسية واجتماعية تعمل على إيجاد بيئة أفضل تساعد على النمو، ويقوم على هذه الخدمات مختصون مؤهلون يمتلكون المعرفة والأدوات لضمان تقديم خدمات فعالة.

ويشمل فريق التدخل المبكر:

1ـ الأطباء (النسائية والتوليد، طبيب الأطفال) والممرضون: ولهم دور كبير في عمليات الوقاية من الإعاقة والكشف المبكر والتدخل المبكر من خلال تقديم الرعاية الطبية لكل مرحلة.

2ـ الأخصائي النفسي: وهو الذي يعنى بتقييم أداء الطفل والتعرف على إمكاناته من خلال الاختبارات والمقاييس وله دور كبير في تقديم الدعم والإرشاد الأسري والتخفيف من حدة أثر وجود إعاقة في الأسرة.

3ـ الأخصائي الاجتماعي: يعمل على المساعدة بوضع الخطط الفردية الأسرية كونه الوسيط بين الأسرة وفريق العمل، كما يعمل على زيادة التفاعل مع الأسر الأخرى من خلال تنظيم الفعاليات المختلفة، وله دور فعال في الدفاع عن حقوق الطفل والأسر.

4ـ أخصائي العلاج الطبيعي: وتكمن إسهاماته في المعالجة والتأهيل من خلال تقويم التشوهات ومنع التدهور وتنمية المهارات الحركية الكبيرة للطفل.

5ـ أخصائي العلاج الوظيفي: يقوم بتطوير المهارات الحركية الدقيقة والتدريب على مهارات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة أو التعويضية أو التصحيحية.

6ـ أخصائي اضطرابات الكلام واللغة: يعمل على تقييم وتطوير ومعالجة النمو اللغوي لدى الطفل.

7ـ معلم التربية العادية: يعمل على رعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة كما له دور في عملية الكشف المبكر والتحويل كما يسهم في تنفيذ البرامج والخطط العلاجية الخاصة بالطفل.

8ـ معلم التربية الخاصة: هو من يقوم فعلياً بتصميم وتنفيذ البرامج العلاجية التربوية وما تتضمنه من خطط فردية وأساليب ووسائل مناسبة.

9ـ أولياء الأمور: لهم دور فاعل في جميع المراحل من حيث الوقاية والكشف والتدخل وكذلك دور داعم في نجاح البرامج المصممة للطفل. (عاكف، 2005).

صفات فريق العمل:

1ـ القياس والتشخيص وتطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية وتفسيرها وتقوم حاجات كل من الأسرة والطفل.

2ـ الـوعي بمظـاهر النمـو الطبيعـي في مرحلـة الطفولـة المبكـرة مـن جميـع جوانـب الشخصية.

3ـ العمل كفريق يتمتع بالتعاون وتبادل الخبرات.

4ـ فهم وتلبية الحاجات المتعددة لدى الأطفال ومراعاة الفروق الفردية.

5ـ التجديد فيما يتعلق بتصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية.

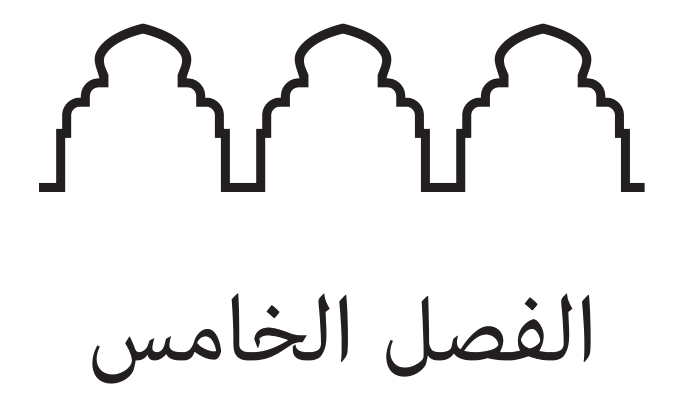
6ـ تقديم الإرشاد الأسري والتدريب اللازم للأسر.

7ـ صياغة الأهداف الطويلة والقصيرة المدى والتي تتصف بالمرونة.

8ـ بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأسرة والطفل المستهدف من خلال التواصل الفعال.

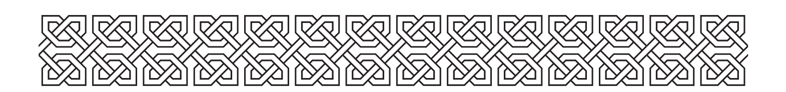
9ـ تنظيم البيئة التعليمية للأطفال. (يحيى، 2008).

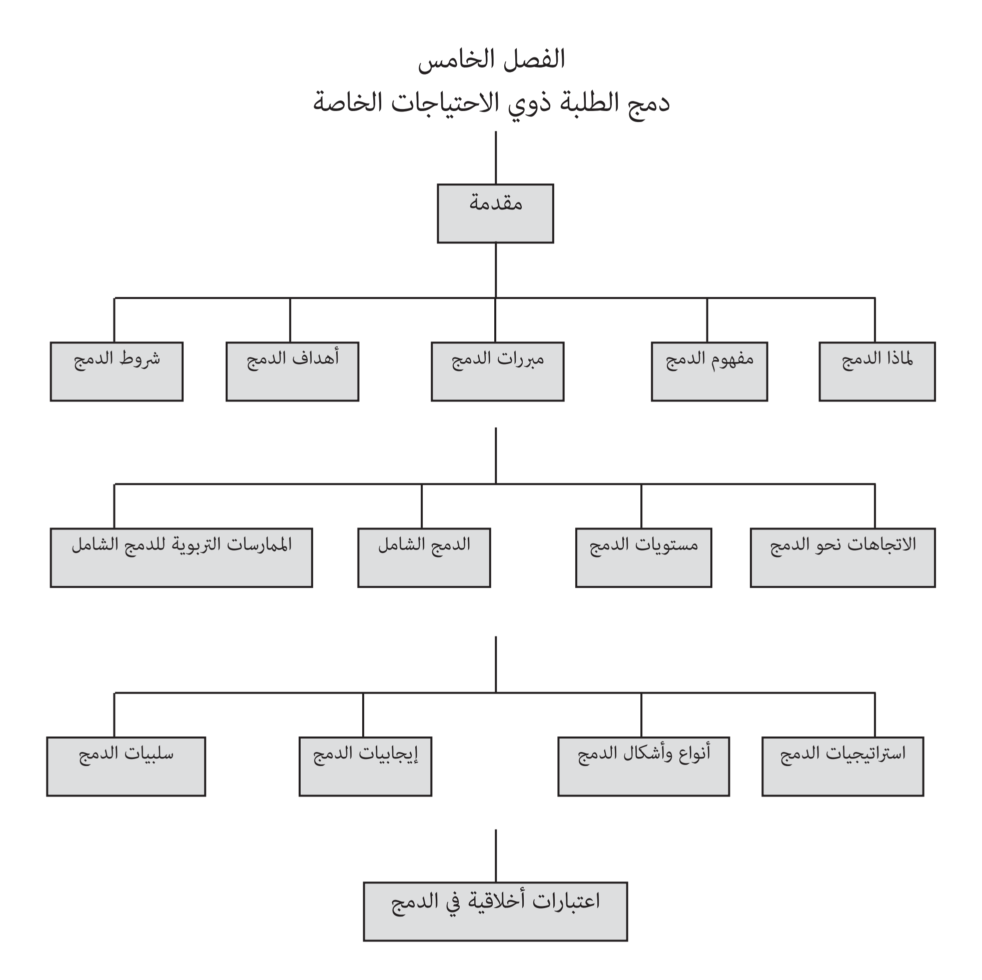
  



الفصل الخامس

دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة




الفصل الخامس
دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة
مقدمة
لماذا الدمج
مفهوم الدمج
مبررات الدمج
أهداف الدمج
شروط الدمج
الاتجاهات نحو الدمج
مستويات الدمج
الدمج الشامل
الممارسات التربوية للدمج الشامل
استراتيجيات الدمج
أنواع وأشكال الدمج
إيجابيات الدمج
سلبيات الدمج
اعتبارات أخلاقية في الدمج

الفصل الخامس

دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

مقدمة:

شهدت مدارس التربيـة والتعلـيم في كافـة دول العـالم العـربي والغـربي خـلال السـنوات السابقة ـ وما زالت ـ العديد من التغيرات والتحديات، ومن هـذه التحـديات هـو التعامـل مـع الحاجات والقدرات الفردية للطالب داخل الغرفة الصـفية، وأصـبح مـن المتوقـع مـن المعلمـين معرفـة كيفيـة التعامـل وتـدريس مجموعـات طلابيـة ذات تنـوع كبـير مـن حيـث القـدرات والحاجات وهذا ينطبق على الطلاب الموهوبين والمتفوقين وكـذلك الطـلاب مـن ذوي الإعاقـات المختلفة، باستثناء الإعاقات العقلية الشديدة والمتعددة.

السبب وراء هذه الفروق الكبيرة بـين الطـلاب عـلى مسـتوى الصـف الواحـد يعـود إلى السياسات والأنظمة التربوية التـي نـادت ودعمـت تطبيـق بـرامج Mainstreaming في المـدارس العامة مما أتاح الفرصة أمام جميع الطلاب بصرف النظـر عـن قـدراتهم للالتحـاق في المـدارس العادية العامة وبالتواجد داخل الصفوف العاديـة وليـتم تقـديم جميـع خـدمات الـدعم التـي يحتاجونها داخل الصف من قبل مجموعة من المعلمين والمتخصصين. (بدادلي، ديان، 2000).

ولا ننسى بأن الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة الـذين يلتحقـون بهـذه الـبرامج يمثلـون بيئات متباينة من حيث المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي، ومن حيث العادات والتقاليد والأنماط السلوكية والمهارات الاجتماعية التي تعكس الوسط العائلي الذي ينتمون إليه.

كذلك الأمر فإن مدراء المدارس والمعلمين وطلاب المـدارس العاديـة يمثلـون أيضـاً فئـات متباينة من حيث توقعاتهم لسلوكيات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة واتجاهـاتهم نحـوهم، وإن هذا التباين والاختلاف يشكل تحدياً حقيقيـاً وصـعباً للمعلمـين الـذين يعملـون في بـرامج الدمج في مجال إدارة وتوجيه الأنماط السلوكية المتباينة التي سوف تظهر لهم أثناء تعاملهم مـع الطلاب، ولعل أهم وأكثر هذه التحديات تتمثل في كيفية مواجهة المشكلات السـلوكية، وكيفيـة المحافظة على الأنماط السلوكية الإيجابية وضمان استمراريتها في ظل الظـروف الإداريـة والماليـة والوظيفية للمدارس التي يعملون بها، وما يمكن أن تمثله مـن صـعوبات قـد تحـد مـن قـدرات المعلمين على التعامل مع المشكلات السلوكية التي قد تحدث من الطلاب داخـل صـف الـدمج. (سيسالم، 2001).

ولمناقشة هذا الأمر البالغ الأهمية يأتي هـذا الفصـل مـن هـذا الكتـاب المصـغر (تحـت عنوان الدمج لدى طلاب مـن ذوي الاحتياجـات الخاصـة ـ الإعاقـات ـ) التعـرف عـلى الـدمج بشكله العام من خلال التطرق مفهومه وتفسـيره وبيـان لمـاذا الـدمج، وكـذلك أشـكال الـدمج، والاتجاهات والآراء المفسرة للدمج، وشروط الدمج، والاعتبارات الأخلاقية للدمج.

من هنا علينا أن نعرف أن التحدي الذي يواجه ـ أو لنقل واجهه فعلاً ـ المعلمين العاملين في صور الدمج يكمن في الأساليب التي يستخدمونها في تعديل السلوكيات غير الملائمة والحفاظ على استمرارية السلوكيات الملائمة وتدعيمها. ولعل الاهتمام بموضوع دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية قد تركز على الإجراءات المستخدمة في عملية الدمج وعلى موضوع الاتجاهات نحو الدمج بشكل أكثر من التركيز على عملية التعليم التي تتم داخل صفوف الدمج والأساليب التي يستخدمها المعلمون في ضبطها وإدارة سلوك التلاميذ، والتي تصفها بأنها تكون نتيجة لتفاعل الخصائص الفردية للطالب مع متطلبات بيئة التعلم أو ظروفها. (الشخص، 2000).

«إن الدمج الشامل دون مصادر دعم ودون رؤية وأهداف واضحة والتزام ودعم من الإدارات المدرسية ودون وجود آليات تطبيق منظمة ودون تدريب وإعداد جيد للمعلمين والإداريين لن يحقق أية نتائج ملموسة». (جفال، ورقة عمل).

لماذا الدمج؟

تعتبر مضامين مفهوم الدمج ـ كما سنأتي إليها لاحقاً ـ والتي أصبح يطلق عليها في الوقت الراهن (بالتعليم الشامل أو المدرسة الشاملة)، لم تعد تقتصر على إقناع أفراد المجتمع المدرسي والمجتمع الخارجي بقبول ذوي الاحتياجات الخاصة ليشاركهم المكان، بل قد تعد ذلك ليصل إلى مرحلة إقناع المدرسة العادية وأصحاب القرار التعليمي لإعادة تنظيم المجتمع المدرسي بحيث

لا يعود الطفل الخاص هو المشكلة والعقبة الحقيقية للنزاع التعليمي القائم، بل تغدو صلاحية المناهج الدراسية ومستوى كفاءات المعلمين هي جوهر الخلاف والنقطة الرئيسية التي يجب أن تدور حولها التساؤلات في حال تعثر نجاح هؤلاء الأطفال في المدرسة العادية. (المرجع السابق، 2005).

لقد أصبحت فكرة شمولية التعليم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر تقبلاً وتنفيذاً على مر الأيام والسنين، وأصبح إبراز الفروق الفردية لدى هذه الفئات هدفاً لتحديد احتياجاتهم داخل الفصول ا لعادية بعد أن كان مصدراً هاماً لعزلهم، إذ صار بالإمكان توظيف تلك الفروق لصالح مشاركة الأطفال لأقرانهم العاديين جنباً إلى جنب في الفصول العادية. (الخشرمي، 2003).

ومن مبدأ التعليم حق للجميع يعني لنا أن جميع الأفراد المعوقين بمن فيهم ذوي الإعاقات الشديدة جداً والمعدودة قادرون على التعلم. حيث استحوذت هذه القضية التي عرفت باسم قضية القابلية للتعليم (Educability Issue) حيث صنف الباحثين الإعاقات إعاقات قابلة للتعليم وأخرى قابلة للتدريب (أي غير قابلة للتعليم) وثالثة اعتمادية (أي غير قابلة للتعليم أو التدريب) وكان الهدف من هذا التصنيف التأكيد على أن جميع المعوقين بدون استثناء قابلون للتعليم والتدريب إذا قدمت لهم البرامج المناسبة والفعالة. (الخطيب، والحديد، 2003).

إن احتمالية تحسن الأداء الأكاديمي مرتبطة بشكل أو بآخر بالتغيرات الانفعالية والنفسية الإيجابية التي تحدث للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من

جراء تحسن مفهوم الذات لديهم، والذي غالباً يعمل على تطويره لديهم التحسن في مستوى اللغة والمهارات الاجتماعية، كما أن هذين الجانبين يساهمان بشكل واضح في تحسين التفاعل الاجتماعي والقدرة على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين مما يتيح فرصاً أفضل لهؤلاء الأطفال لاكتساب المهارات التعليمية. (الخشرمي، 2003).

إن الاهتمام بالأطفال الأسوياء والمعاقين باختلاف درجات وأنواع الإعاقة وتربيتهم ورعايتهم يعتبر بمثابة الاستفادة من إمكاناتهم وقدراتهم، حتى يصبح لكل منهم دورة في الحياة كمواطن يقوم بواجباته، ليكون بعمله جزء من خطط التنمية للمجتمع الذي يعيش فيه.

ظل الطفل المعاق قديماً داخل المؤسسات والمدارس الخاصة لا يعلم عن البيئة الطبيعية إلا ما يتم تقديمه من قبل المعلمين، ولذلك لم تتواجد الفرصة المناسبة لاكتساب خبرات تمكنه من التعامل مع المجتمع الخارجي.

وقد ظهر الدمج ليتيح للأطفال المعاقين أن يتشاوروا في بيئة طبيعية تمكنهم من التفاعل والمشاركة في تجارب الحياة بمكوناتها ومشاكلها والاستفادة من خبرات النجاح والفشل حتى يكتسب الطفل المعاق القوة اللازمة لكي يستطيع أن يعيش داخل المجتمع. (عزب، 2002).

مفهوم الدمج:

الدمج هو إتاحة الفرص للأطفال المعوقين للانخراط في نظام التعليم الخاص كإجراء للتأكد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم ويهدف إلى الدمج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة للطفل المعوق ضمن إطار

المدرسة العادية ووفقاً لأساليب ومناهج ووسائل دراسية تعليمية ويشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص إضافة إلى كادر التعليم في المدرسة العامة.

كما يمكن القول بأن **الدمج** تلك العملية التي تشمل على جميع الطلاب في صفوف ومدارس التعليم العام بغض النظر عن الذكاء أو الموهبة أو الإعاقة أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي أو الخفية الثقافية للطالب. (الغزو، 2003).

وهو مصطلح يشير إلى تدريس الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئات التربوية الأقل تقيداً وهي عادة ما تكون المدرسة العادية وذلك من خلال البدائل التالية الصف الخاص، أو غرفة المصادر، أو الصف العادي لجزء من الوقت، أو الصف العادي لجزء من الوقت، أو الصف العادي طوال الوقت. بمعنى أن مفهوم الدمج يؤكد على أهمية تلبية حاجات الطالب الفردية من قبل معلم التربية الخاصة أو غيره من المتخصصين خارج إطار الصف العادي عادة، ودون أن يكون هناك لمعلم الصف العادي دور مباشر في تعليم ذلك الطالب. ويستمر الطالب في تلقي الخدمة على هذا النحو حتى يتخلص من مشاكله الأكاديمية أو حتى يكتسب المهارات المطلوبة وبعد ذلك تتم إعادته إلى الصف العادي، وبمعنى آخر يركز الدمج العادي على تقديم الدعم للطلاب ذوي الحاجات الخاصة في إطار خارج نظام الصف العادي أو ما يسمى (Pull-out programs) وهو يهدف إلى تغير أداء الطالب ليصبح أكثر ملائمة لنظام التعليم في الصف العادي. (جفال، 2003).

وكذلك يظهر في هذه التعريفات تحديد الوضع التعليمي وقيام معلمي التربية الخاصة بدعم ومساندة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في أوضاع الدمج

وذلك بناءً على الحاجات والخصائص الفردية للطالب، (الدمج هنا يعني تعليم الطلبة المعـوقين في الصـفوف العاديـة مـع قيـام معلمـي التربيـة الخاصـة العـاملين في غرفـة المصـادر بتقـديم المساعدة).

ومن أهم التعريفات التي ظهرت لمفهـوم الـدمج التربـوي وأشـكاله مـا وضـعه **مجلـس الأطفال غـير العـاديين** The Council For Exceptional Children في الولايـات المتحـدة عـلى أنـه **مفهوم يتضمن** وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العـاديين في الصـف العـادي أو البيئـات التربوية الأقل تقييداً للطفل غير العادي بحيث يكون الدمج إما بشكل مؤقت أو بشـكل دائـم، بشرط توفير عوامل تساعد على إنجاح هذا المفهوم.

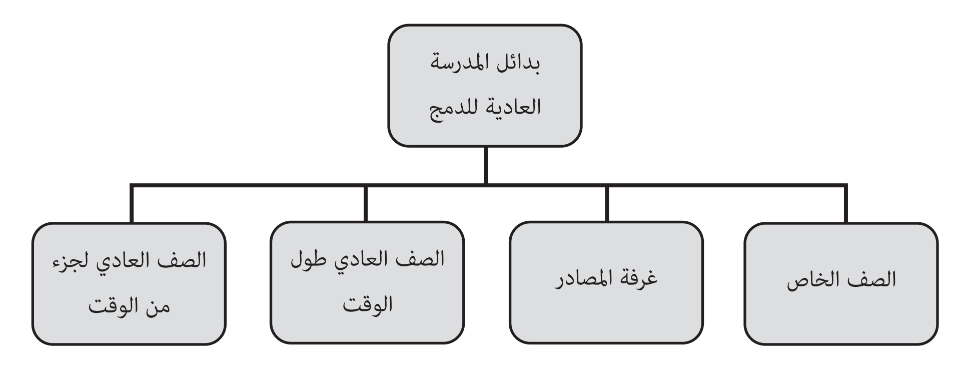
ومن جانب آخر قدم هلهان وكوفمان 1991 تعريفاً آخر للدمج يتضمن وضـع الأطفـال المعوقين مع الأطفال العاديين بشكل مؤقت أو دائم في الصـف العـادي في المدرسـة العاديـة مـا يعمل على توفير فرص أفضل للتفاعل الأكاديمي والاجتماعي. (كوافحة، 2007).

نستخلص مما سبق أن الدمج التربوي هو تدريس الأطفال غير العاديين (المعوقين) جنبـاً إلى جنب مع أقرانهم العاديين في الصفوف العادية مع تـوفير الظـروف والعوامـل التـي تسـاعد على إنجاح العملية التعليمية، واستفادة هؤلاء الطلبة من الـبرامج المقدمـة في المـدارس العاديـة قدر المستطاع.

إذاً، يتصل مفهوم الدمج بمفهوم الإسواء (التسوية والتطبيع) Normalization وهو ينادي بإدماج الأطفال المعاقين داخل برامج المدارس النظامية العادية، مع توفير خدمات تدعيمية وشخصية لهؤلاء الطلاب، ولقد

أحرز هذا البرنامج نجاحاً ملحوظاً وقد عبر عنه قانون 142/94 الذي صدر في الولايات المتحدة عام 1975 والذي يقرر أن «على المدارس أن تقدم الخدمات الخاصة للطلاب كلما تيسر ذلك، بلداً عن نقل الطلاب إلى أماكن خاصة، وسوف يؤدي ذلك إلى إزالة الحواجز بين التعليم العام والتعليم الخاص». (الزهري، 2003).

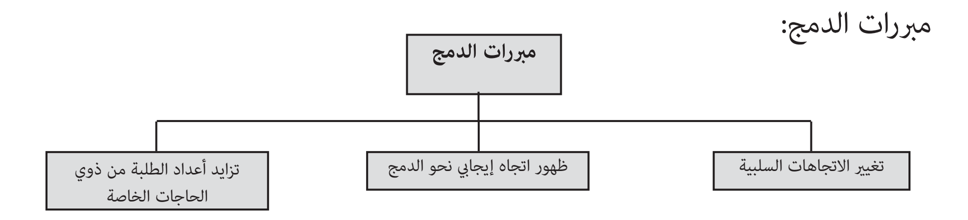
وهو مصطلح يشير إلى تدريس الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئات التربوية الأقل تقييداً وهي عادة ما تكون المدرسة العادية وذلك من خلال البدائل التالية:



بمعنى أن مفهوم الدمج يؤكد على أهمية تلبية حاجات الطالب الفردية من قبل معلم التربية الخاصة أو غيره من المتخصصين خارج إطار الصف العادي عادة، ودون أن يكون هناك لمعلم الصف العادي دور مباشر في تعليم ذلك الطالب. ويستمر الطالب في تلقي الخدمة على هذا النحو حتى يتخلص من مشاكله الأكاديمية أو حتى يكتسب المهارات المطلوبة وبعد ذلك تتم إعادته إلى الصف العادي، بمعنى آخر يركز الدمج العادي على تقديم الدعم للطلاب ذوي الحاجات الخاصة في إطار خارج نظام الصف العادي أو ما يسمى (pull-

ويركز مفهوم الدمج على مدى ملاءمة الطلاب الذين سبق عـزلهم لإرجـاعهم إلى بيئـات التربية العادية. وهذا يختلف عن دمج الطلاب في المدرسة دمجاً شاملاً، والذي يركز على تطـوير مجتمعات مدرسية تعد طبيعية وداعمة لجميع الطلاب من البداية. (الزهري، 2003).

مبررات الدمج:



أولاً: تغير الاتجاهات نحو ذوي الحاجات الخاصة حيث تغيرت معظم الأفكـار السـائدة مثل الذل والشـعور بالـذنب والقلـق والخجـل وأصـبحت الاتجاهـات الإيجابيـة هـي السـائدة والمتمثلة بالاعتراف بوجود الطفل غير العادي في المجتمع.

ثانياً: ظهور الاتجـاه الإيجـابي والـذي ينـادي بـدمج الأطفـال غـير العـاديين في المـدارس العادية وذلـك لاعتبـارات عـدة منهـا إعطـاء هـذا الطفـل فرصـته الطبيعيـة للنمـو الاجتماعـي والتربوي مع أقرانه.

ثالثاً: تزايد عدد هـؤلاء الأطفـال عـلى الـرغم مـن الـبرامج الوقائيـة وبـرامج التدخل المبكر مما أدى إلى عدم استيعاب هذه الأعـداد في المراكـز الخاصـة بهـؤلاء

الطلبة. مما دعى المربين إلى التفكير في حلول لهذه المشكلة ومن هذه الحلول أسلوب الدمج. (كوافحة، 2007).

أهداف الدمج:

بما أن الدمج يقوم على تلبية احتياجات الطلاب من ذوي الحاجات الخاصة وكذلك تحديد الوضع التعليمي والتربوي المناسب للأطفال الغير العاديين والعاديين على السواء، لا بد أن يكون هناك مجموعة أهداف لهذا النوع من البرامج وهي:

1ـ إتاحة الفرص لجميع الأطفال المعوقين للتعليم المتكافئ والمتساوي مع غيرهم من الأطفال.

2ـ إتاحة الفرصة للأطفال المعوقين للانخراط في الحياة العادية والتفاعل مع الآخرين.

3ـ إتاحة الفرصة للأطفال غير المعوقين للتعرف على الأطفال المعوقين عن قرب وتقدير مشاكلهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة.

4ـ خدمة الأطفال المعوقين في بيئتهم المحالية والتخفيف من صعوبة انتقالهم إلى مؤسسات ومراكز بعيدة عن بيتهم وخارج أسرهم وينطبق هذا بشكل خاص على الأطفال من المناطق الريفية والبعيدة عن مؤسسات ومراكز التربية الخاصة.

5ـ استيعاب أكبر نسبة ممكنة من الأطفال المعوقين الذين لا تتوفر لديهم فرص للتعليم.

6ـ تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامة من مدراء ومدرسين وأولياء أمور.

7ـ التقليل من الكلفة العالية لمراكز التربية المتخصصة دون الاستغناء عن أهم شروط الدمج.

8ـ التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم وتخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلقها وجوده في المدارس الخاصة.

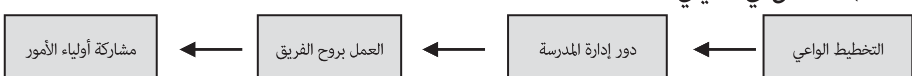
9ـ إعطاؤهم فرصاً أفضل ومناخاً مناسباً لينمو نمواً أكاديمياً واجتماعياً ونفسياً سليماً إلى جانب تحقيق الذات عند الطفل ذي الاحتياجات الخاصة وزيادة دافعيته نحو التعليم ونحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير وتعديل اتجاهات الأسرة وأفراد المجتمع.

10ـ وكذلك المعلمون وتوقعاتهم نحو الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة من كونها اتجاهات تميل إلى السلبية إلى الأخرى أكثر إيجابية.

11ـ كما يحق للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تلقي التعليم في المدارس العادية كبقية الأطفال العاديين حيث يعتبر الدمج جزءاً من التغيرات السياسية والاجتماعية التي حدثت عبر العالم وأن التربية الخاصة في المدارس العادية تساعد على تجنب عزل الطفل عن أسرته والذين قد يكونون مقيمين في مناطق نائية. (خولة، 2006)، (السرطاوي، 2008)، (العزة، 2002).

شروط نجاح الدمج:

من أهم الشروط التي يمكن أن تكون سبباً في نجاح الدمج ـ كما ورد في (الخطيب 2003) ـ تكمن في ما يأتي:



ومن الشروط الأساسية كذلك، التي يجب توافرها لنجاح برامج دمج الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة في الصفوف العادية التزام المربين بمبدأ مشاركة أولياء الأمور بفاعلية ونشاط في تخطيط وتنفيذ البرامج التعليمية لأبنائهم. ولا ننسى اتجاهات ذوي العلاقة جميعاً بمن فيهم الأطفال وأولياء أمورهم، والمعلمين، والإداريين.

وعند التخطيط لبرامج الدمج ينبغي مراعاة العوامل الأساسية التالية:

1ـ نسبة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الأطفال العاديين في الصف. (عدد الطلاب ذوي الحاجات الخاصة والطلاب العاديين داخل المدرسة والغرفة الصفية).

2ـ معرفة خصائص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وخصائص الأطفال العاديين. (خصائص معرفية ـ جسمية ـ أكاديمية ـ ...).

3ـ مستوى معرفة المعلمين واتجاهاتهم. (كفايات المعلمين وأدوارهم).

4ـ الخدمات المساندة المتوفرة في المدرسة. (الوسائل التعليمية التعلمية).

5ـ (التركيز على العمر النمائي) أكثر من العمر الزمني من خلال تقييم مستويات أدائهم ونموهم بموضوعية وعناية.

6ـ الخبرات التعليمية الفردية والمخطط لها بعناية.

7ـ التزام المربين بمبدأ مشاركة أولياء الأمور بفاعلية ونشاط في تخطيط وتنفيذ البرامج التعليمية لأبنائهم.

8ـ على معلم الصف الدراسي العادي العمل كعضو في فريق متعدد التخصصات والخبرات. (الخطيب، 2003).

الاتجاهات الرئيسية نحو سياسة الدمج:

هناك ثلاثة اتجاهات رئيسة نحو سياسة الدمج تكمن في:



الاتجاه الأول: يعارض لأصحاب هذا الاتجاه بشدة فكرة الدمج، ويعتبرون تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مدارس خاصة بهم أكثر فعالية، وأمناً وراحة لهم، وهو يحقق أكبر فائدة ممكنة فيما يتعلق بالبرامج التدريبية.

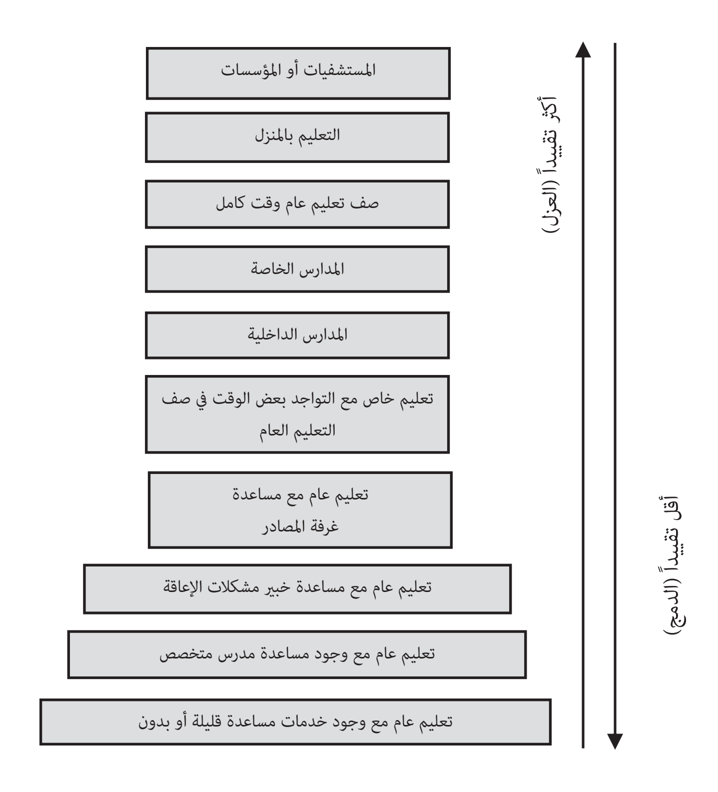
الاتجاه الثاني: يؤيد أصحاب الاتجاه فكرة الدمج لما لذلك من أثر في تعديل اتجاهات المجتمع والتخلص من عزل الأطفال.

الاتجاه الثالث: يرى أصحاب هذا الاتجاه بأنه من المناسب المحايدة والاعتدال، بضرورة عدم تفضيل برنامج على آخر بل يرون أن هناك فئات ليس من السهل دمجها بل يفضل تقديم الخدمات الخاصة بهم، وهذا الاتجاه

يؤيد دمج الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة أو المتوسطة في المدارس العادية، ويعارض فكرة دمج الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة جداً (الاعتمادية) ومتعددي الإعاقات. (خولة، 2000).

مستويات الدمج:

تندرج مستويات الأماكن التعليمية للأطفال المعاقين من أماكن تتبع نظام الدمج الكامل في فصول التعليم العامة إلى أماكن معزولة مثل أماكن الإقامة والمدارس الداخلية، فالطفل المعاق يمكن أن يتواجد في أحد هذه المستويات وفقاً لاحتياجاته الفردية ومهاراته وقدراته ودوافعه. (عزب، 2002).



يبين الشكل التدرج من الأماكن التعليمية الأقل تقييداً (المدمجة) إلى الأماكن الأكثر تقييداً (المعزولة). ويعتمد اتجاه الطالب إلى أسفل حيث الأماكن المدمجة على مدى تقدمه واستجابته التعليمية، ويتم انتقاله إلى أعلى حيث الأماكن الأكثر انعزالاً إذا كانت الإعاقة شديدة بالقدر الذي لا يسمح معه الوفاء بالحاجات التعليمية للطالب. (الخطيب، 2003)، (العزة، 2005)، (السرطاوي، 2005).

وفيما يلي توضيح للشكل السابق:

1ـ فصل تعليم عام مع وجود خدمات مساعدة قليلة أو بدون:

في هذا المستوى يتم تعليم الأطفال المعاقين في فصل تعليم عام مع مدرس تعليم عام والذي يتحمل المسؤولية الأساسية في تصميم وتوصيل البرنامج التعليمي للأطفال المعاقين، ويتم تعديل البرنامج التعليمي حسب احتياج الطفل، وربما يستخدم الفرد أجهزة مساعدة معدلة.

2ـ فصل تعليم عام مع وجود مساعدة مدرس متخصص:

هذا المستوى مماثل للمستوى الأول ولكن المدرس العام والأطفال يتلقون خدمات مساعدة من مدرسين متخصصين بالتدريس للأطفال المعاقين، وتختلف طبيعة هذه الخدمات حسب طبيعة ومستوى احتياجات الأطفال وكذلك المدرس العام ويتم توفير هذه الخدمات داخل فصل التعليم العام.

3ـ فصل تعليم عام مع مساعدة خبير مشكلات الإعاقة:

يتم توصيل البرنامج التعليمي العام في فصل تعليم عام، ويتلقى الطفل المعاق خدمات تدعيم أسبوعية من مدرس خاص بمعالجة المشكلات الخاصة

بهذا الطفل، مثل جلسات التخاطب لضعاف السمع والنطق حيث تصل هذه الخدمات داخل الفصل العام أو خارجه. (عزب، 2002).

4ـ فصل تعليم عام مع مساعدة غرفة المصادر:

مدرس غرفة المصادر يقدم خدمات مباشرة للأطفال المعاقين، تتم عادة في فصل منعزل داخل المدرسة، ويقوم بإعطاء تعليمات علاجية فردية على مهارات معينة لمجموعات صغيرة من الأطفال المعاقين بالإضافة إلى إمدادهم بالتعليم الإضافي الذي يوازي التعليم العام الذي يتلقاه أقرانهم في الفصل العام، ويساعد مدرس الفصل في التخطيط وتطبيق التعديلات التعليمية المناسبة للطفل.

5ـ فصل تعليم خاص مع التواجد لبعض الوقت في فصل التعليم العام:

في هذا المستوى يكون الوضع الأساسي للطفل المعاق في فصل تعليم خاص داخل المدرسة العامة، ويشرف على البرنامج التعليمي للأطفال المعاقين مدرس خاص، ويتحدد الوقت الذي يقضيه الطفل في فصل التعليم العام بما يتناسب مع قدراته وإمكاناته.

6ـ فصل تعليم خاص وقت كامل:

في هذا المستوى يكون الوضع الأساسي للطفل المعاق في فصل تعليم خاص داخل المدرسة العامة، ويكون الاتصال مع الأقران الأسوياء خارج الفصل في فترات الراحة، وقت الغذاء، وعربات المدرسة، والأنشطة المدرسية.

7ـ المدارس الخاصة:

هذا المستوى مقيد جداً، حيث يتواجد الأطفال المعاقين بالمدرسة الخاصة المناسبة لإعاقتهم، مثل مدارس الصم والبكم ومدارس المكفوفين ومدارس

التربية الفكرية، ويستخدم عادة مع الأطفال ذوي الإعاقة الحادة. (جفال، ورقة عمل).

8ـ المدارس الداخلية:

المدارس الداخلية مصممة لخدمة الأطفال ذوي الإعاقة الأكثر حدة الذين يعيشون بالمدرسة، وهذه البرامج تعرض الخدمات الصحية والنفسية الشاملة والضرورية التي يحتاجها الطفل المعاق.

9ـ التعليم بالمنزل:

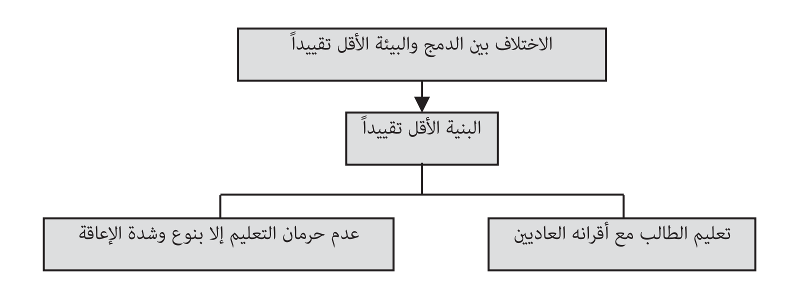
في هذا المستوى يقوم المدرس بزيارة الطفل المعاق وتقديم الخدمات التعليمية له بالمنزل.

10ـ المستشفى أو المؤسسة:

تقدم خدمات رعاية طبية وعلاجية، ويكون التعليم جزء من برنامج المستشفى أو المؤسسة. (عزب، 2002).

وقد وجهت انتقادات عديدة لهذا النموذج الهرمي خدمات التربية الخاصة، وكان من بين أهم تلك الانتقادات أن مجمل الاهتمام ينصب على المكان أو الوضع التربوي وأنه لم ينجح في توفير المرونة اللازمة لتلبية الاحتياجات التربوية الخاصة المتغيرة والمتنوعة.

وقد ارتبط مصطلح البيئة الأقل تقييداً ارتباطاً وثيقاً بمصطلح الدمج. ولكن المصطلحين لا يعنيان نفس الشيء فثمة اختلافات بينهما، البيئة الأقل تقيداً ذات شقين رئيسيين:



الأول: هو تعليم الطالب ذي الحاجات الخاصة مع أقرانه العاديين إلى أقصى مدى ممكن.

الثاني: هو عدم حرمان الطالب ذي الحاجات الخاصة من التعليم في الصف العادي إلا إذا حالت طبيعة إعاقته دون قدرته على التعلم بشكل عال حتى عند توفير الوسائل التعليمية الداعمة.

والبيئة الأقل تقيداً تعني بنظر هيرون وهاريس الوضع التعليمي الذي يزيد إلى أقصى مدى ممكن الفرص للطالب ذي الحاجات الخاصة للاستجابة والتحصيل، ويسمح للمعلم العادي بالتفاعل بمعدل مقبول مع جميع الطلبة في الصف، ويشجع قيام العلاقات الاجتماعية المقبولة بين الطالب ذي الحاجات الخاصة والطلبة العاديين. (الخطيب، 2003).

الدمج الشامل (Inclusion):

هو مفهوم تربوي يختلف عن مفهوم الدمج العادي وعلى العكس منه يركز الدمج الشامل على تغير وتعديل البيئة التعليمية بجميع مكوناتها من البيئة الفيزيائية المدرسية والصفية وتعديل محتوى المنهاج المدرسي والوسائل التعليمية وأساليب التدريس وطرق التقييم وتدريب المعلمين... الخ، لتتلاءم مع

الحاجات والقدرات الفردية للطلاب المدمجين في الصف وتقدم لهم جميع خدمات الدعم الأكاديمي داخل الغرفة الصفية مما يحد من الحاجة لإخراج الطالب من الصف العادي. لذا فتنفيذ برامج الدمج الشامل يتطلب مدارس ذات نظم تربوية مرنة قادرة على موائمة وتعديل جميع إمكاناتها في سبيل إتاحة فرصة الاندماج الكامل أمام جميع الطلاب بغض النظر عن إمكاناتهم أو إعاقاتهم. (جفال، 2003).

ويتضح مما سبق أن **مصطلح الدمج الشامل** هو عبارة عن مفهوم تربوي وفي ذات الوقت هو خطوات عملية تؤدي لنتائج محددة ويهدف إلى تحقيق قيم اجتماعية هامة كالمساواة والمشاركة والعدالة في المجتمع من قبل جميع أفراده.

وتجدر الإشارة إلى وجود العديد من التعريفات لمفهوم الدمج الشامل حيث لا يوجد إجماع بين الباحثين حول تعريف محدد له، «إلا أن جميع التعريفات تؤكد على حقيقة أساسية وهي أن الدمج هو عملية تربوية تتضمن إبقاء الطفل الخاص داخل الصف العادي وتوفير جميع التعديلات والخدمات التربوية التي يحتاج لها الطفل داخل الصف بدلاً من إخراجه إلى مكان آخر لتقديم الخدمة له كما هو متبع في برامج الدمج العادي».

مع الإشارة إلى أن مصطلح الدمج الشامل في الأدب التربوي جاء للإشارة إلى عملية تعليم الطلاب المعوقين ضمن برامج التربية العادية. ولا يستدعي التكامل أو مدرسة الدمج الشامل أن يكون لدى الطلاب مهارات محددة تجعلهم جاهزين ومناسبين للبرامج التربوية الموجودة كما هو الحال في

برامج الدمج، ولكنها بدلاً من ذلـك تعمـل عـلى إعـداد البيئـات الصـفية الداعمـة للاحتياجـات التربوية والاجتماعية لجميع الطلاب سواء المعوقين منهم أو العاديين.

ومن جانب آخر فقـد ذكـر (الخطيـب، 2008) أن كـوفمان وجوتليـب، وأجـارد، وكـوكي عبروا عن الدمج باعتباره:



هذا التوضيح يتوقف عـلى تحديـد مسـؤوليات كـل مـن كـوادر التعلـيم العـام وكـوادر التربية الخاصة **أما المقصود بالدمج الوقتي**، هو الوقت الكلي الذي يقضيه الطالب المعـوق مـع أقرانه الطلبة العاديين (مجموعة الفترات الزمنية من مجمل اليوم الدراسي أو خلال الموضـوعات الدراسية التي يتعلم بها الطالب).

والدمج التعليمي فقصد به إتاحة الفرص للطلبة ذوي الحاجات الخاصة لتلقي التعلـيم مع الطلبة العاديين إلى أقصى درجة ممكنة. (مشاركة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في الأنشطة التعليمية التي يستطيعون تأديتها بنجاح).

والدمج الاجتماعي إتاحة الفرص للطلبة ذوي الحاجات الخاصة للتفاعل الاجتماعي مـع الطلبة العاديين.

من هذا المنطلق نستطيع أن نقول أن الدمج لا يعني تعليم جميع الأطفال المعـوقين في الصفوف العادية ولكنه يعني توفير فرص التعليم القائمة على المسـاواة للأطفـال ذوي الإعاقـات البسيطة وذلك من خلال إلحاقهم بالبيئة التربوية الأكثر ملاءمة وقدرة على تلبية حاجاتهم.

الممارسات التربوية التي يؤكد عليها مفهوم الدمج الشامل:

1ـ ضرورة تعليم جميع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام الأقرب لأماكن سكنهم.

2ـ ضرورة دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف التعليم العادي والتي تتلاءم مع فئاتهم العمرية وليس قدراتهم العقلية.

3ـ ضرورة تقديم خدمات الدعم الخاص والتي يحتاج لها هؤلاء الطلاب داخل الصف العادي ما أمكن.

4ـ ضرورة تقبل المعلم لوجود هؤلاء الطلاب داخل الصف وتحمل مسؤولياته اتجاههم بسعة صدر ودون تذمر.

5ـ ضرورة أن تدعم الإدارة المدرسية بشكل عملي تنفيذ البرنامج وبشكل خاص دعم معلم الصف وفريق المختصين الذي يقدم الخدمات لهؤلاء الطلاب، ومن أشكال الدعم التي يمكن أن تقوم بها الإدارات المدرسية توفير الوقت المناسب للعمل ضمن فريق وإسناد نصاب تدريس مناسب وتوفير المصادر المطلوبة كالمناهج والوسائل التعليمية المعدلة وتوفير فرص التدريب المستمر للمعلمين وكذلك منحهم درجة من الحرية في اتخاذ القرارات المتعلقة بما يحتاجه الطالب من تعديل أو تكييف وأساليب التدريس... الخ.

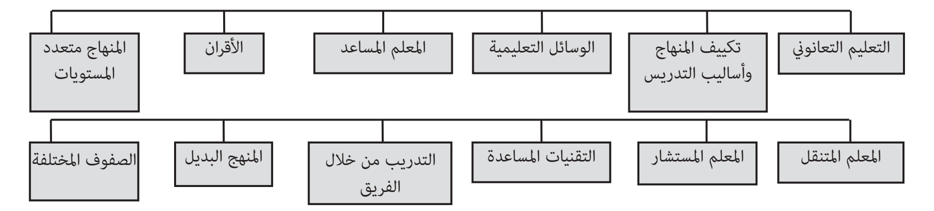
6ـ يؤكد على ضرورة توفير فرص وخبرات تعليمية مميزة وفعالة لجميع الطلاب في المدرسة وليس فقط ذوي الاحتياجات الخاصة منهم. (جفال، 2003).

الاستراتيجيات التعليمية الأكثر فعالية في برامج الدمج الشامل:

إن مراجعة الأدب التربوي حول هذا الموضوع أشار إلى وجود مجموعة كبيرة ومتنوعة من الأساليب واستراتيجيات التدريس التي ثبتت فاعليتها في صفوف الدمج الشامل، وتؤكد هذه الدراسات على أهمية تدريب المعلمين على استخدامها في برامج إعداد وتدريب المدرسين ليقوموا باستخدامها بشكل يدعم من جهودهم في تطبيق مفهوم الدمج الشامل.

ومن أبرز هذه الدراسات دراسة مسحية قام بها كل من كلاسبيري وليان (Clasberry & Lain, 1998) والتي ضمت عينتها 173 من المعلمين والأخصائيين العاملين في مدارس الدمج الشامل وهدفت إلى حصر وتحديد أكثر استراتيجيات التدريس فاعلية في صفوف الدمج الشامل من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة ولقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الاستراتيجيات التالية هي الأكثر فاعلية ومرتبة من الأكثر إلى الأقل فاعلية:

ومن هذه الاستراتيجيات ما يأتي:



1ـ التعليم التعاوني:

والذي يتضمن تقسيم الطلاب إلى مجموعات (متجانسة القدرات أو غير متجانسة) وتكليف كل مجموعة بأداء مهمة محددة مع حث الطلبة ليدعم بعضهم بعضاً في تعلم وأداء ما هو مطلوب من مجموعتهم.

2ـ تكييف أساليب التدريس والممارسات التعليمية:

ويتضمن تعديل وتغير استراتيجيات التدريس لتتواءم مع الاحتياجات الفردية، ويشمل ذلك تعديل المدخلات التعليمية مثل تكييف المناهج والمحتوى الدراسي وكذلك تغيير طرق الاستجابة فمثلاً الطالب الكفيف يستخدم طريقة بريل للإجابة على الواجبات والاختبارات، أو إعطاء وقت أطول للإجابة على الامتحان أو التقليل من كم الواجبات والأسئلة المطلوب حلها (كما في حالة الطلاب ذوي صعوبات التعلم أو بطيئي التعلم)، أو السماح للطالب ضعيف السمع بكتابة الإجابة بدل من الإجابة شفهياً أو استخدام أسلوب التعليم الفردي لمن يحتاجه من الطلبة.

3ـ تعديل المواد والوسائل التعليمية:

ويتضمن توفير كتب ورسوم بارزة للطلاب المكفوفين أو السماح للطالب ذو صعوبات التعلم باستخدام الآلة الحاسبة وتوفير كتب مكبرة للطالب ضعيف البصر... الخ.

4ـ المعلم المساعد:

ويتضمن وجود معلم مساعد داخل الصف ليساهم بالتعاون مع المعلم في تلبية الاحتياجات الفردية للطلبة سواء من ذوي الإعاقة أو غيرهم.

5ـ التعليم من خلال الأقران:

ويتضمن هذا البديل تكليف طالب ذا أداء مميز بمساعدة زميل آخر له (قد يكون من ذوي الإعاقة) في تعلم مفهوم معين أو أداء مهارة ما.

6ـ المنهاج متعدد المستويات:

وتطبق هذه الإستراتيجية في حالة وجـود مجموعـة مـن الطـلاب ذوي الأداء والقـدرات المتفاوتة في أحد المواد وفي هذه الحالـة يقـدم المعلـم الـدرس أو الوحـدة الدراسـية بمسـتويات مختلفة، فعلى سبيل المثال في مادة الرياضيات للصف الثاني ابتـدائي وفي درس أو وحـدة الجمـع يقوم المعلم بالتركيز على تعليم الطلاب الأقل قدرة حقـائق الجمـع الأساسـية فقـط مثـل جمـع عددين دون حمل بيـنما يقـوم بتعلـيم الطـلاب الأعـلى قـدرة عمليـات الجمـع مـع الحمـل أو مهارات أكثر تعقيداً بما يتلاءم مع قدرتهم.

7ـ المعلم المتنقل:

وهو عبارة عن أسلوب لتقديم خدمات التربية الخاصة للطلاب داخل الصف من خـلال زيارات يقوم بها مدرس تربية خاصة وبالتعاون والتنسيق مع معلم الصف.

8ـ المعلم المستشار:

ونتضمن هذه الإستراتيجية قيام معلم أو أخصـائي خبـير بعـدة زيـارات لتقـديم الـدعم المباشر للمعلم بهدف مساعدته في عملية تكييف وتعديل العملية التعليميـة بكافـة مكوناتهـا لتصبح أكثر موائمة لحاجات وقدرات الطلاب.

9ـ التقنيات المساعدة:

إن توفير جميـع مـا يحتاجـه الطالـب مـن تقنيـات مسـاعدة عامـل مهـم لمساعدته على تجاوز القيوم التي تفرضها الإعاقة وتحد مـن قدرتـه عـلى الـتعلم ومن الأمثلة على هـذه التقنيـات الحاسـبات والبرمجيـات الناطقـة وسـطر برايـل

الإلكتروني للطلاب المكفوفين، وأجهزة التكبير للطلاب ضعاف البصر- والسماعات الإلكترونية ونظم الاتصال للطلاب الصم، بوردات الكومبيوتر والكراسي المتحركة كهربائياً للطلاب ذوي الإعاقة الحركية... الخ.

10- التدريس من خلال الفريق (التعاوني):

ويتضمن قيام كل من معلم الصف ومعلم التربية الخاصة أو حتى فريق من المعلمين بالتعاون معاً في التخطيط وفي تقديم الدروس داخل حيز صف الدمج.

11- المنهاج البديل:

وعادة ما يستخدم هذا المنهاج عندما لا تسمح قدرات الطالب باستخدام المنهاج العادي المعتمد للصف الملتحق به هذا الطالب وغالباً ما يتم اختيار هذا المنهاج البديل اعتماداً على حاجات وقدرات وميول الطلاب ذوي الإعاقة.

12- الصفوف المختلطة:

وعادة ما تستقبل طلاب من صفوف مختلفة من المرحلة الدراسية الواحدة ليدرسوا مادة من المواد الدراسية بما يتلاءم وقدرات هؤلاء الطلاب فقد نجد في مدرسة ابتدائية ما صفوف مختلطة لتدريس العلوم أو الرياضيات أو مبادئ القراءة والكتابة.

أنواع وأشكال الدمج:

الدمج الأكاديمي:

يمثل الدمج الأكاديمي ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي

بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك، وبحيث تهيئ الظروف المناسبة لإنجاح فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين. (الروسان، 2006).

هـذا يـؤدي بنـا إلى القـول أن مـبررات هـذا النـوع تكمـن في تـوفير الفـرص التربويـة والاجتماعية المناسبة للطفل غير العـادي في الصـفوف العاديـة، ووضـع الطفـل المعـوق في أقـل البيئات التربوية تقييداً، ويقصد بذلك وضع الطالب في المدرسة العادية ويتضمن هـذا في تعلـيم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي:

1ـ مرحلة التجانس بين الطالب العادي والمعوق.

2ـ مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

3ـ مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية.

أما عن **أهميـة الـدمج الأكـاديمي** في تطـوير بـرامج التربيـة الخاصـة تظهـر مـن خـلال الأهداف التالية:

1ـ إزالة الوصمة (Stima) أي تخفيف الآثار السلبية الاجتماعية لدى بعض فئات التربيـة الخاصة وذويهم.

2ـ زيادة فرصة التفاعل الاجتماعي.

3ـ توفير الفرص التربوية المناسبة للتعلم.

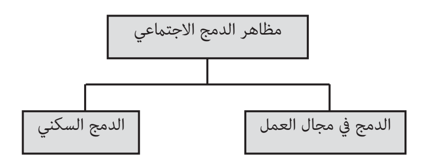
4ـ تعديل الاتجاهات نحو فئات التربية الخاصة.

5ـ توفير الفرص التربوية لأكبر عدد ممكن من فئات التربية الخاصة.

6ـ توفير الكلفة الاقتصادية اللازمة لفتح مراكز أو مؤسسات التربية الخاصة. (الروسان، 2006).

الدمج الاجتماعي:

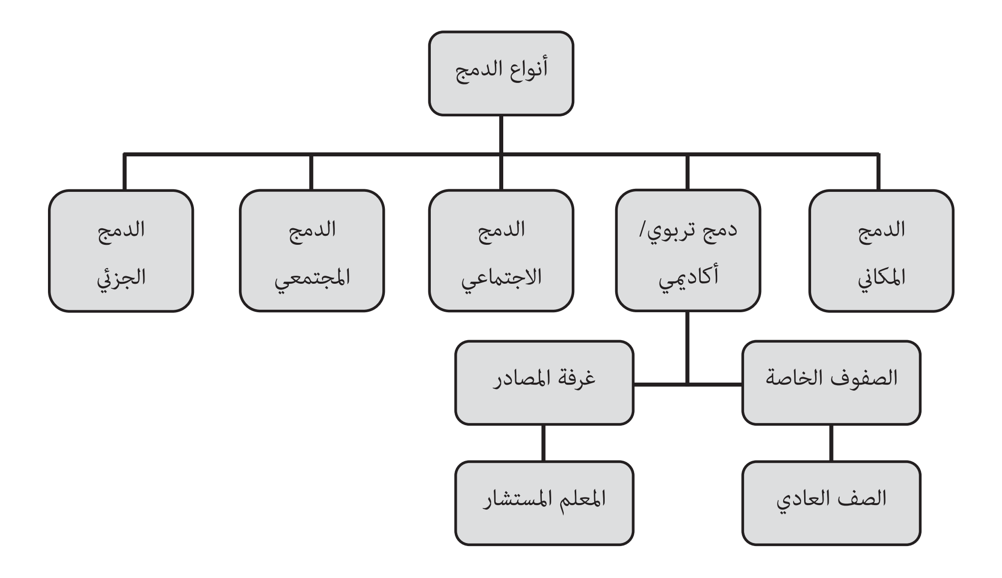
تعتبر مرحلة الدمج الاجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظهرين رئيسين هما:



الأول: الدمج في مجال العمل، وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك اجتماعياً.

الثاني: الدمج السكني بحيث تتاح الفرص للمعوقين للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية. (عبيد، 2000).

من الواضح أن الدمج بكافة أنواعه الاجتماعية والأكاديمية التعليمية يستفاد منهما ضمن مدارس التعليم العام التي تطبق الدمج ويتضح لنا في هذا الخصوص تزايد فرص استفادة الأطفال من الدمج التعليمي كلما قلت درجة الإعاقة وتناقص تلك الفرص كلما زادت (مما يعني أن نوع الدمج يتفاعل عكسياً مع درجة الإعاقة، فكلما زادت شدة الإعاقة أو تعددها زادت الحاجة إلى بديل أكثر تقيداً). (عبيد، 2000).



أنواع (أشكال) الدمج

الدمج المكاني:

وهو اشتراك مؤسسة التربية الخاصة مع مدارس التربية العامة بالبناء المدرسي فقط بينما تكون لكل مدرسة خططها الدراسية الخاصة وأساليب تدريب وهيئة تعليمية خاصة بها وممكن أن تكون الإدارة موحدة.

الدمج التعليمي التربوي:

إشراك الطلاب المعوقين مع الطلاب الغير معوقين في مدرسة واحدة تشرف عليها نفس الهيئة التعليمية وضمن البرنامج المدرسي مع وجود اختلاف في المناهج المعتمدة في بعض الأحيان.

يتضمن البرنامج التعليمي صف عادي وصف خاص وغرفة المصادر.

أو هو ما يقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للطلاب العاديين ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها الطالب العادي مع تقديم خدمات التربية الخاصة.

الدمج الاجتماعي:

التحاق الأطفال المعوقين بالصفوف العامة بالأنشطة المدرسية المختلفة كالرحلات والرياضة وحصص الفن والموسيقى والأنشطة الاجتماعية الأخرى.

هو أبسط أنواع وأشكال الدمج حيث لا يشارك الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة نظيره العادي في الدراسة داخل الفصول الدراسية وإنما يقتصر على دمجه في الأنشطة التربوية المختلفة مثل التربية الرياضية والتربية الفنية وأوقات الفسح والجماعات المدرسية والرحلات والمعسكرات وغيرها.

الدمج المجتمعي:

إعطاء الفرص للمعوقين للاندماج في مختلف أنشطة وفعاليات المجتمع وتسهيل مهمتهم في أن يكونا أعضاء فاعلين ويضمن لهم حق العمل باستقلالية وحرية التنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات.

الدمج الجزئي:

ويقصد به دمج ا لطالب ذوي الاحتياجات الخاصة في مادة دراسية أوأكثر مع أقرانه من العاديين داخل فصول الدراسة العادية. (خولة، 2006) و(عزب، 2002).

إيجابيات الدمج:

الآثار الإيجابية لسياسة الدمج تكمن في وجود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في مبنى واحد، أو صف دراسي واحد يؤدي إلى زيادة التفاعل والاتصال ونمو العلاقات المتبادلة بين الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة والأشخاص العاديين، وأن في سياسة الدمج فرصة تتيح للطلبة العاديين ليساعدوا أقرانهم من غير العاديين، كما أن التعليم القائم على دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية سوف يزيد من عطاء العاملين المتخصصين داخل المؤسسة التعليمية، فتطبيق سياسة الدمج وبخاصة تعليم التفاعل وأساليب الحوار بين المجموعات النظامية المتعددة سيتيح للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة الحصول على أقصى منفعة من المساعدة المتاحة لهم من حيث التدريب على حل مشاكلهم وتوجيه ذاتهم، بالإضافة إلى أن تعليم الأطفال المصابين بإعاقات خطيرة في قاعات دراسية مشتركة يمكن للتلاميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة من أن يلاحظوا كيف يقوم زملاؤهم الأصحاء بأداء واجباتهم المدرسية، وحل مشكلاتهم الاجتماعية والعملية، وكذلك فإن الأطفال في حاجة إلى نموذج ومثل من أقرانهم ليقتدوا به ويتعلموا منه، والطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة هو أحوج ما يكون لهذا النموذج والقدوة، ولعله يجد هذا النموذج في الطفل العادي فيقوم بتقليد سلوكه ويتعلم منه المهارات المختلفة.

أما من الناحية النفسية فقد أثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثراً إيجابياً في تحسين مفهوم الذات وزيادة التوافق الاجتماعي للأطفال المتخلفين

عقلياً عند دمجهم مع الأطفال العاديين. حيث تبين من هذه الدراسات أن اختلاط الأطفال المتخلفين عقلياً بالأطفال العاديين كان له أثره الإيجابي في تحسين مفهوم المتخلفين عقلياً من ذاتهم، كذلك اتضح أن الأطفال المعاقين عقلياً مع الأطفال العاديين في أنشطة اللعب الحر قد أدى إلى اندماج الأطفال معاً في لعب جماعي تعاوني تلقائي والذي تزايد مضطرد في التفاعل الاجتماعي الإيجابي بينهما. (الخشرمي، 2005).

يركز الدمج على خدمة ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئاتهم والتخفيف من الصعوبات التي يواجهونها سواء في التكيف والتفاعل والتنقل والحركة، وينطبق ذلك على طلبة المناطق البعيدة والمحرومة من الخدمات كالمناطق الريفية.

من هنا يمكن تلخيص إيجابيات الدمج في النقاط التالية:

1ـ يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن من الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

2ــ يساعد في تخليص أسر الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من الشعور بالذنب والإحباط والوصم.

3ـ تقديم الخدمات الخاصة والمساندة للطلاب من غير ذوي الاحتياجات الخاصة.

4ـ يساهم في إعداد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة ويؤهلهم للعمل والتعلم مع الآخرين في البيئة الأقرب للمجتمع الكبير والأكثر تمثيلاً له.

5ـ يدخل مهارات وأساليب مدرسي التربية الخاصة إلى المدرسة العادية ومناهجها للاستفادة منها.

6ـ دعم النشاط المدرسي.

7ـ تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامة من مدراء ومدرسين وطلبة وأولياء أمور وذلك من خلال اكتشاف قدرات وإمكانات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي لم تتح لهم الظروف المناسبة للظهور.

8ـ إعطاء فرصة للطفل المعوق ضمن البيئة التعليمية والانفعالية والسلوكية.

9ـ تخليص أسرة الطفل المعوق من الوصمة stigma جراء الشعور بحالة العجز التي تدعمت بسبب وجود الطفل في مركز خاص.

10ـ يساعد الطفل المعوق على تحقيق ذاته ويزيد دافعيته للتعلم.

11ـ يساهم في تعديل اتجاهات الناس والأسرة والمعلمين والطلاب في المدرسة العامة.

12ـ يساعد فئات الأطفال الغير معوقين على التعرف عن قرب والذي يتيح لهم تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لطبيعة مشكلاتهم واحتياجاتهم وكيفية مساعدتهم.

سلبيات الدمج:

إن الدمج سلاح ذو حدين فكما أن له إيجابيات كثيرة فإن له السلبيات أيضاً وهو قضية جدلية لها ما يسندها وما يعارضها ومن هذه السلبيات:

1ـــ إن عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيداً في مجال التربية الخاصة

في المدارس العادية قد يؤدي إلى فشل برامج الدمج مهما تحققت له من إمكانيات.

2ـ قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وباقي طلبة المدرسة خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والعلامات كمعيار أساسي وقد يكون وحيداً في الحكم على الطالب.

3ـ إن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية قد يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوافراً في مراكز التربية الخاصة.

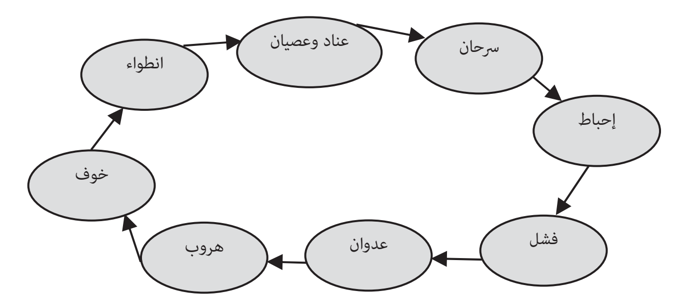
4ـ قد يؤدي الدمج إلى زيادة عزلة الطالب من ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أو الدمج المكاني فقطن الأمر الذي يستدعي إيجاد برامج لا منهجية مشتركة بين الطلبة وباقي طلبة المدرسة العادية لتخفف من العزلة.

5ـ قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات الخاصة إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق المعوق وإمكانياته حيث أن المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم في حين أن الطفل المعاق يحتاج إلى تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعاق مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة مع أداء المجموعة الصفية.

6ـ يعمل الدمج على زيادة الهوة بين الأطفال المعوقين وطلاب المدرسة خصوصاً إذا اعتبر التحصيل التعليمي الأكاديمي معياراً للنجاح.

7ـ قد يؤدي إلى زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي خصوصاً عند تطبيق فكرة الصفوف الخاصة أو غرفة المصادر دون برنامج مدروس.

8ـ قد يساهم إلى تدعيم فكرة الفشل عند المعوقين وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم خاصة إن كانت متطلبات المدرسة تفوق قدراتهم.



الاعتبارات الأخلاقية:

تبرر الاعتبارات الأخلاقية المتمثلة في العدالة وحقوق الأفراد نقل الطلاب من برامج الفئات الخاصة وتقديم المدارس الحية والمجتمعات المحلية لاستقبال هؤلاء الطلاب. إن عدم القيام بذلك قد يحرمهم من الوصول إلى تلقي تربية نوعية وحياة شبيهة بحياة الآخرين في مجتمعهم.

ويحتاج هؤلاء الطلاب إلى إيجاد الروابط التي سوف يحتاجونها بعد أن يتركوا المدرسة للعيش، والعمل، واللعب بالقرب من بيوتهم. ومن شأن مدرسة الدمج الشامل أن تلغي عز الطفل عن أخوته وأقرانه والذي قد يؤدي إلى جرح معظم الطلاب وإلحاق الأذى النفسي بهم.

إن انتقال الطالب إلى مدرسة مختلفة بحافلة التربية الخاصة لهو مـؤشر واضـح عـلى أن الطفل ليس بمستوى التوقعات، وهذا مـن شـأنه أن يفقـده تقديراتـه لذاتـه، ويعيـق تحصـيله. ولكن حين يلتحق الطلاب بالمـدارس الموجـودة في أحيـائهم السـكنية، فـإن نسـبة طبيعيـة مـن الطلاب المعوقين عـادة مـا تتواجـد في كـل مدرسـة، وبالتـالي يتحمـل العـاملون في كـل مدرسـة مسؤولية جميع الطلاب المقيمين في الحي سواء العاديين منهم أو المعوقين. (السرطاوي، 2000).

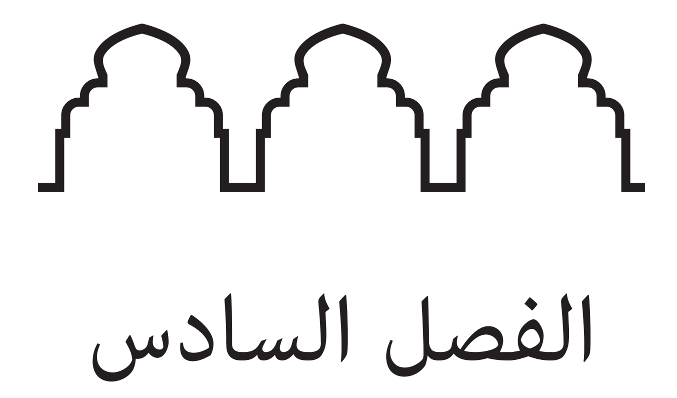
ويبدو أن التوجه الحـديث نحـو الاهـتمام بنجـاح جميـع الطـلاب الـذي جـاء محصـلة مطالب الأهالي والمهنيين، يركز على الاحتياجات التربوية الفردية لجميع الطلاب بغض النظر عن الفروق التعليمية بينهم. ويبدو أن معظم المدارس لديها الرغبة في اتخـاذ الإجـراءات والترتيبـات المناسبة، بحيث يلبي البرنامج التعليمي المقدم المدى الواسع لأداء الطلاب وتنوع احتياجاتهم.

وبرغم ذلك فإننا نجد أن بعض الطلاب ممن لا تناسبهم هذه الـبرامج يـتم اسـتبعادهم ووضعهم في برامج برنامج مختلف (تربية خاصة، تعليم اللغة للنـاطقين بغيرهـا، تربيـة بديلـة). وطالمـا أن هـذه الممارسـات موجـودة لاسـتبعاد الطـلاب الـذين لا تناسـبهم الـبرامج العاديـة الموجودة، فليست هناك حوافز قوية لإعداد برنـامج يناسـب احتياجـات الطالـب الفرديـة، وأن المصادر الضرورية لتسهيل وتعديل مناسب للبرامج تتسرب من المدرسة إلى البرنامج الخاص.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن العجز في الميزانية الحاليـة والمتوقعـة تسـتدعي أن توظيـف الميزانيـة بشـكل أكـثر فاعليـة قـدر الإمكـان، وذلـك بوضـعها في مكانهـا

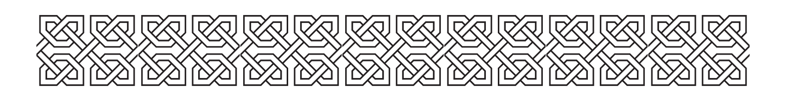
الصحيح وبما يعود على الطلاب بفوائد كبيرة. فتحول الإنفاق مـن الاسـتخدامات التعليميـة غـير المناسبة (استخدام وسائل النقل لمسافات طويلة للوصول إلى الـبرامج الخاصـة، أو إنشـاء إدارات منفصلة لبرامج التربية الخاصة) إلى دعم الإجراءات التي تعود بالنفع والفائـدة عـلى التعلـيم في الفصل (مثل توفير مواد وكوادر متخصصة، وتدريب العاملين) يعتـبر اسـتخداماً للأمـوال بشـكل أكثر إنتاجية. (السرطاوي، 2000).





الفصل السادس

تدريب المعلمين وفقاً لفلسفة الدمج



الفصل السادس

الفصل السادس

تدريب المعلمين وفقاً لفلسفة الدمج

المقدمة:

يعتبر المعلم محور العملية التعليمية، وهو حلقة الوصل الرئيسية بين المنهاج والطالـب، وحتى نحقق الهدف الرئيسي من ذلك علينا أن نقدم للمعلـم مجموعـة كفايـات خاصـة تمكنـه من أداء دوره بشكل فعال، ويساهم ذلك في فرز نتاجات تعليمية مميـزة قـادرة عـلى النهـوض والتقدم المجتمعي. وتعتبر عملية الدمج مبادرة إنسـانية هـدفها تحقيـق العدالـة بـين الأسـوياء وذوي الحاجات الخاصة.

حيث أشار الشدي (2005) إلى حاجة العاملين في المدارس التي تطبق الـدمج إلى المزيـد من التدريب لتعزيز قدراتهم على التعامل التربوي مع الأطفال وأسرهم.

أما معنى الكفاية لغة: هو الشيء الذي يغني عن غيره ويكفي سواه، وهو يختلـف عـن الكفاءة التي تعني الجدارة أو المماثلة. (بطرس، 2010).

أما تعريـف الكفايـة اصـطلاحاً: فهـي امـتلاك المعلـم المعلومـات والمهـارات والقـدرات المطلوبة التي تساعده على العمل واستخدام المهارات اللازمة للتدريس. (بطرس، 2010).

لقد ارتبطت تنمية الكفايات التدريسية للمعلم بحركة كبرى في مجال إعداد المعلم سميت بحركة إعداد المعلم القائمة على الكفايات، وتعتبر هذه الحركة من أبرز الاتجاهات في بداية السبعينيات، وقد دفع ذلك بالعاملين في مجال إعداد برامج معلمي التربية الخاصة إلى بذل جهود مكثفة من أجل التعرف على المهارات والقدرات اللازمة التي ينبغي توافرها لدى المعلم الناجح في غرفة الصف، وقد عرّف هذا التوجه بالتدريب المعتمد على الكفايات التعليمية.

الكفايات التي يجب أن يمتلكها معلم ذوي الحاجات الخاصة:

يشير بطرس (2010)، أن الكفايات التربوية لمعلم التربية الخاصة:



1ـ **الكفايات الشخصية:** مجموعة من الخبرات والقدرات العقلية والجسمية والانفعالية التي يمتلكها المعلم، مما يمكنه من تقبل الأطفال واحتمال تصرفاتهم غير المرغوبة.

2ـ كفايات القياس والتشخيص:

أ ـ كفايات القياس: مجموعة مهارات ومعارف تمكن المعلم من قياس الجوانب العقلية والتربوية للطفل، وذلك من خلال طرق جمع البيانات المختلفة، وذلك لتحليل هذه البيانات والوقوف على جوانب القوة والضعف للطفل.

ب ـ كفايات التشخيص: مجموعة خبرات تعليمية، تمكن المعلم من الحكم على الطفل اعتماداً على معلومات القياس.

3ـ كفايات إعداد الخطة التربوية الفردية: مجموعة كفايات تجعل المعلم قادراً على بناء المنهاج التربوي للطفل وتشمل وضع الأهداف وتحضير واستيعاب وتطبيق مكونات الخطة التربوية.

4ـ كفايات تنفيذ الخطة التعليمية: وهي مجموعة الكفايات التي تمكن المعلم من تنفيذ الخطة التربوية الفردية، واستخدام المواد والأساليب المساعدة والتقييم وتعديل السلوك.

5ـ كفايات الاتصال بالأهل: هي قدرة المعلم على التفاعل والمشاركة الإيجابية مع الأهل والمحيطين بهدف مساعدة الطفل.

الكفايات التدريسية والسمات الشخصية للمعلم في التربية الخاصة شرطاً أساسياً لكفاءته وفعاليته، ومنها:

1ـ تحديد الأهداف السلوكية الملائمة لكل تلميذ حسب إعاقته.

2ـ الإسهام في بناء البرامج الخاصة المتصلة بقدرات التلميذ المعوق ومستقبله.

3ـ استخدام طرق التدريس الخاصة المناسبة لكل تلميذ معوق.

4ـ تقديم المهمات التعليمية بشكل فردي لكل تلميذ معوّق.

5ـ استخدام الأساليب المختلفة في تشخيص حالات الإعاقة.

6ـ استخدام برنامج مستمر من التقييم للمهارات والقدرات والأهداف المختلفة للتلاميذ المعوقين.

7ـ تدريب التلميذ على تقبل ذاته وإعاقته.

8ـ العمل على تطوير الروح الاستقلالية لدى التلميذ المعوّق.

9ـ العمل على عقد لقاءات دورية مع المعلمين لمناقشة القضايا التربوية.

10ـ تبادل الآراء مع الزملاء المعلمين في المصادر المتنوعة التي تتعلق بنمو التلاميذ المعوقين وتربيتهم وبرامج تأهيلهم.

أما عن السمات الشخصية التي ينبغي توافرها في معلم التربية الخاصة فأبرزها ما يلي:

1ـ التمتع باتجاهات إيجابية نحو مهنة التدريس.

2ـ التمتع بوضوح الصوت وسلامة النطق.

3ـ الاتسام باللباقة والقدرة على التصرف في المواقف والظروف المختلفة.

4ـ التحلي بالصبر والبشاشة والسماحة. (بطرس، 2010).

أما جيتينجر وآخرون (Gettinger & Others, 1999) فيجدون أهم الكفايات التي يحتاجها معلم التربية الخاصة فيما يلي:

1ـ العمل مع عائلات أولياء الأمور.

2ـ التقييم القائم على الأداء.

3ـ توظيف العمل مع فريق متعدد التخصصات.

4ـ استشارة المعلمين العاديين.

وعن المهارات التي ينبغي أن يتمكن منها معلم التربية الخاصة، فيلخصها فولتز ودولي وجيفريس (Waltz; Dooley 7 jefferies, 1999) كما يلي:

1ــ يصل للمعلومات في كافة الظروف المعرفية، والاتصالية، والجسمية، والثقافية، والاجتماعية للأفراد ذوي حاجات التعلم غير العادية.

2ـ يستخدم المعلومات التقييمية في اتخاذ قرارات تدريسية وتخطيط البرامج الفردية لتناسب كل الأفراد والبيئات المختلفة لغوياً وثقافياً.

3ـ يطور و/أو يختار المحتوى التعليمي، والمواد والمصادر التعليمية التي تستجيب إلى الاختلافات الجنسية، والثقافية، واللغوية.

4ـ يوجد بيئة تعليمية ـ تعلمية مدعمة وإيجابية وآمنة.

5ــ يطبّق الاستراتيجيات لإعداد الأفراد للحياة في عالم متغير، ومتباين الثقافات، والعادات والتقاليد، والأخلاقيات. (بطرس حافظ، 2010، ص483).

ونقلاً عن نحلاوي (2009)، **الكفايات التعليمية لمعلم التربية الخاصة في المدارس المدمجة:**

1ـ أحب مهنة التدريس.

2ـ أتصرف بإيجابية في جميع المواقف التي أتعرض لها.

3ـ أتحلى بقدر كاف من الصبر والسماحة.

4ـ أؤمن بقدرة الطفل المعاق على التعلم إذا ما أتيحت له الظروف المناسبة.

5ـ أؤمن بمبدأ الدمج.

6ـ لدي معرفة كافية بالخصائص النمائية من العاديين والمعوقين.

7ـ أستطيع تفسير المعلومات الواردة في التقارير الطبية والتربوية حول الأطفال.

8ـ أستطيع ملاحظة وتسجيل سلوك الطلاب في المواقف الصعبة المختلفة.

9ـ أمتلك المهارات اللازمة للقيام بعمليتي القياس والتشخيص.

10ـ أمتلك المهارات اللازمة لبناء خطة تربوية فردية.

11ـ أصيغ الأهداف السلوكية الملائمة لكل تلميذ حسب إعاقته.

12ـ أراعي الفروق الفردية بين المعاقين أثناء اختيار طريقة التدريس.

13ــ لدي خبرة كافية بالوسائل والمعينات التي يمكن استخدامها لتسهيل عملية التدريس.

14ـ أهيئ بيئة تعليمية مثيرة ومحفزة لكل من العاديين والمعاقين.

15ـ أطبق نظم تعزيز متنوعة أثناء الدرس.

16ـ أحرص على تهيئة بيئة مريحة داخل الصف (إنارة ـ تهوية ـ تدفئة).

17ـ أستخدم برنامج مستمر من التقييم للمهارات والقدرات المختلفة للتلاميذ المعاقين.

18ـ أوزع وقت الحصة الدراسية بشكل مناسب.

19ـ أسعى لتعديل اتجاهات التلاميذ العاديين نحو زملائهم المعاقين.

20ـ أقوم بتدريب الطفل المعاق على تقبل ذاته وإعاقته.

21ـ لدي معرفة كافية بتنظيمات تعديل السلوك.

22ـ أمتلك خبرة كافية في مجال التدخل المبكر.

23ـ أؤمن بالعمل الجماعي ضمن فريق متعدد التخصصات.

24ـ أعمل على بناء علاقات إيجابية مع أسر الأطفال المعاقين.

25ـ أشارك في تنظيم دورات إرشادية لأسر الأطفال المعاقين.

26ـ أطوّر خبراتي بإتباع دورات متخصصة بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

27ـ أوفّر فرص الترويح الهادف للتلميذ ذو الاحتياجات الخاصة.

الكفايات العامة الرئيسية للمعلمين لتعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة كما حددها الدكتور جمال الخطيب، (الخطيب، 2003، ص111)**:**

1ـ القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوك الطلاب في المواقف الصفية المختلفة.

2ـ القدرة على العمل كعضو فاعل في الفريق متعدد التخصصات الذي يصمم وينفذ ويقيم برامج الدمج.

3ـ التمتع بمستوى مقبول من المعرفة حول فئات الاحتياجات الخاصة وأسبابها وأبعادها التربوية ـ النفسية.

4ـ معرفة خصائص النمو الطبيعي في مراحل الطفولة.

5ـ معرفة مبادئ وأساليب تطوير البرامج التربوية الفردية.

6ـ القدرة على تفسير أهم المعلومات الواردة في التقارير الطبية والنفسية التربوية حول الأطفال.

7ـ بناء علاقات مناسبة مع الجمعيات والمؤسسات التي تعنى بتدريب وتربية الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

8ـ معرفة المبادئ الأساسية لصيانة المعدات والأدوات الخاصة والمكيفة التي يستخدمها الطلاب ذوو الاحتياجات الخاصة.

9ـ القدرة على تكييف الاختبارات وأدوات التقييم المختلفة بما يتلاءم وطبيعة الاحتياجات الخاصة.

10ـ التمتع بالمعرفة الكافية حول النشاطات المرغوب فيها والنشاطات الممنوعة لكل فئة من فئات الاحتياجات الخاصة.

11ـ القدرة على بناء علاقات عمل بناءة ومفيدة مع أسر الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

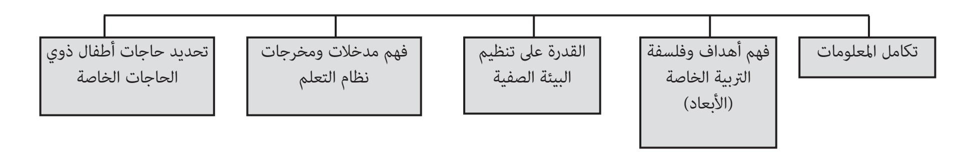
12ـ القدرة على تنظيم البيئة الصفية على نحو يتلائم مع حاجات الطلاب ذوي الاحتياجات.

13ـ القدرة على تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالإفادة والمشاركة في الأنشطة التعليمية إلى أقصى حد ممكن.

14ـ القدرة على تكيف الوسائل التعليمية لتتلاءم وطبيعة الاحتياجات الخاصة للطالب.

15ـ القدرة على تكييف عناصر المنهاج عند الحاجة.

مواصفات معلم التربية الخاصة:



1ـ تكامل المعلومات: حيث يعتمد تحقيق أهداف التربية الخاصة على تقديم مناهج تتسم بالتكامل والبعد عن التخصص الضيق، حيث يكمن في تكاملها ضمان نجاح المعلم.

2ـ يتفهم أبعاد التربية الخاصة ويستطيع أداء أدواره بكفاءة، ويتم ذلك بالمزج بين العملي والنظري ويشكل محوراً رئيسياً يستند إليه تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة.

3ــ يتفهم البيئة وتنمية المجتمع ويكون قادراً على المشاركة الفعالة في الأنشطة الاجتماعية.

4ـ يتفهم جيداً مدخلات نظام تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة ومخرجاته وذلك بأن يكون متفهماً لفلسفة هذا التعليم وأهدافه وأبعاده الاجتماعية من أجل تهيئة لما سيقوم به من أدوار وهذا يتطلب ما يلي:

أ ـ فهم فلسفة وأهداف التربية الخاصة وكيفية تطبيقها عملياً.

ب ـ فهم فلسفة تربية الطفل المعوق وخصائص نموه وكيفية التعامل معه بما يمكن المعلم من تقييم الصفات الشخصية للتلاميذ.

ج ـ توافر الشخصية القيادية القادرة على التأثير في الأطفال المعاقين وكسب حبهم وتقديرهم حتى يتمكن من بناء شخصياتهم بناءً سليماً متكاملاً.

د ـ الإقلال من دور المعلم كمقدم وناقل للمعرفة وزيادة دوره كمشرف وموجه ومرشد ومخطط للعملية التعليمية.

هـ ـ القدرة على تقويم الطفل المعاق سلوكياً ووجدانياً وتشخيص أسباب القصور لديه.

و ـ القدرة على الإرشاد النفسي للأطفال المعاقين.

ز ـ القدرة على التعلم الذاتي وبناء الاتجاهات الإيجابية لدى هؤلاء الأطفال.

ح ـ القدرة على ممارسة بعض المهارات اليدوية والعملية التي يمكن أن يستخدمها في تعليم هؤلاء الأطفال.

5ـ دراسة حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة لكي تساعده على معرفة نقاط الضعف في العناصر الرئيسية في حياة الأطفال المعاقين ومن ثم تساعده في معرفة الظروف اللازمة لنمو شخصياتهم نمواً متكاملاً في مناخ اجتماعي سليم يحقق لهم الإحساس بالأمن في بيئتهم. (موقع: أطفال الخليج ـ مقالة بعنوان «رؤية مستقبلية لإعداد المعلم»).

خصائص المعلم الذي يتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة:

تشير ليزا (2010) أن خصائص معلم التربية الخاصة هي:

1ـ أن يكون منظماً، من حيث حفظ الأوراق وتنظيم الخدمات الإضافية لكل طالب وإدارة الموظفين من معيدين ومساعدين، وتنظيم أعماله ليتم تحقيق الأهداف التعليمية بشكل صحيح.

2ـ إدارة الوقت بشكل إيجابي حتى يستطيع الإنجاز لجميع الأعمال المخطط لها للطلبة.

3ـ مهارات الاتصال، من حيث تفاعل المعلم مع الطلاب وأولياء الأمور والمعالجين والمدرسين، كل هذا يحتاج إلى مهارات خاصة، بالإضافة إلى القدرة على التواصل من خلال الكتابة.

4ـ التعاطف، من حيث قدرة المعلم على فهم عواطف وأحاسيس الطلبة وأولياء الأمور والعاملين تساعد على تحقيق الأهداف التربوية المخطط لها مسبقاً.

5ـ المرونة، أحياناً لا تسير الأمور كما هو مخطط لها، لذا على المعلم التحلي بالمرونة وإيجاد البدائل المناسبة لبعض المواقف دون عصبية واندفاع.

6ـ الإبداع، تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى إبداع من المعلم لكي يستطيع معالجة وتعليم بعض الحالات التي تحتاج لطرق خاصة ومبتكرة حتى يتعلم.

7ـ الصبر، معلم التربية الخاصة يتعامل مع طلبة وأهالي وعاملين، وهم مختلفين في التفكير، لذا على المعلم التحلي بالصبر وإيجاد الطريقة المناسبة حسب كل حالة مثل الدكتور والمريض.

واستناداً إلى مراجعة أدبيات التربية الخاصة المبكرة، خلص فالن وأمانسكي (Fallen & Umansky, 1985) إلى أن معلمي الأطفال المعوقين الصغار في السن بحاجة إلى أن يتمتعوا بالقدرات الرئيسية التالية:

1ـ معرفة الخصائص النمائية للأطفال.

2ـ توظيف نموذج تدريبي نظري والقدرة على تبرير استخدام ذلك النموذج.

3ـ دعم الأطفال وأسرهم والاستجابة لحاجاتهم ولكن دون التأثير سلباً على استقلاليتهم.

4ـ التكيف السريع في المواقف الجديدة والصعبة.

5ـ تطبيق الاختبارات المعدة لقياس قدرات الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وتفسير نتائجها.

6ـ التفاعل البنّاء والإيجابي مع الزملاء في العمل ومع الأطفال والآباء.

7ـ تقييم فاعلية البرنامج بانتظام.

8ـ توظيف المصادر المتاحة محلياً لتحسين مستوى الخدمات المقدمة للأطفال وأسرهم.

(الخطيب، 2003، ص306).

تشير سماح (2010)، حول خصائص معلم ذوي الاحتياجات الخاصة والمتعلقة بالإعداد المهني:

1ـ تقديم خدمات تتماشى وطبيعة طلبته.

2ـ مواجهة التحديات التي يتعرض لها أثناء الخدمة.

3ـ الكشف عن إمكانيات طلبته الكامنة واستغلالها في عملية تعلمهم.

4ـ التعامل مع مختلف أنواع الإعاقات لدى الطلبة.

5ـ استخدام طرائق تعليم متنوعة تشجع الطلبة على التعلم.

6ـ اكتساب مهارات خاصة بالتعامل مع الآخرين في المدرسة كالاختصاصي الاجتماعي والاختصاصي النفسي والإدارة والأهل لتهيئة ظروف تعلم أفضل لطلبته.

يرى بطرس (2010)، أن **الخصائص العلمية** التي يجب توافرها في معلم التربية الخاصة:

1ـ القدرة على تحديث المعلومات التربوية والنفسية وتجديدها باستمرار، والاطلاع على كل ما هو جديد.

2ـ اتساع الخبرات وتنوعها، الخروج عن إطار الكتاب والمواد المكتوبة.

3ـ القدرة على تعليم الآخرين.

4ـ القدرة على التفكير العلمي والقدرة على التفسير، بين ماضي الطفل وحاضره.

أما **السمات الشخصية** التي ينبغي توافرها في معلم التربية الخاصة:

1ـ التمتع باتجاهات إيجابية نحو مهنة التدريس.

2ـ التمتع بوضوح الصوت وسلامة النطق.

3ـ الاتسام باللباقة والقدرة على التصرف في المواقف والظروف المختلفة.

4ـ التحلي بالصبر والبشاشة والسماحة.

وتحدث نحلاوي (2009)، عن خصائص المعلم الجيد:

يمكن تجميع المواصفات التي أوردها المتخصصون فيما يخص المعلم الجيد ضمن مسارين رئيسين وذلك على النحو الآتي:

1ـ مواصفات تتعلق بشخصية المعلم:

- حسن المظهر.
- القدرة على التفاهم والاتصال الجيد (سواء مع الطلبة أو أولياء الأمور).
- العدل والمساواة والاستقرار في التعامل مع الطلبة والمواقف المختلفة.
- التفاؤل.
- حسن الاستماع للرأي الآخر.
- يتمتع بروح المثابرة والإبداع ويرنو إلى التجديد.
- يقوم بدوره كمرشد وموجه للطلبة.

2ـ مواصفات تتعلق بالمادة الدراسية وطرائق التدريس:

- الاطلاع الدائم وخاصة في مجال التخصص.

- التخطيط للدرس في إطار الزمن المتاح.
- التنويع في استراتيجيات التدريس وأساليبه وتصميمه.
- مراعاة الفروق الفردية الشخصية والثقافية والاجتماعية لدى الطلبة.
- التنويع في استخدام أساليب التقويم.
- تشكيل البيئة التعليمية التعلمية الآمنة والداعمة والمحفزة وذلك حسب طبيعة النشاط التدريسي.

بعض المعايير التي يجب أن تتوفر في معلم ذوي الاحتياجات الخاصة:

المعيار (1): يمتلك المعلمون قاعدة معرفية بكل من المهارات الأساسية الخاصة بالفنون اللغوية والرياضيات.

المعيار (2): يمتلك المعلمون معرفة واسعة وعملية بالاستراتيجيات التعليمية المبنية على الأبحاث وعلاقاتها بالتعلم الإفرادي للطلبة.

المعيار (3): يقوم المعلمون بتعليم الطلبة على استخدام السلوكيات التي تزيد من النجاح داخل البيئة التعليمية.

المعيار (4): ينظم المعلمون بيئات تعليمية فعالة للطلبة.

المعيار (5): يستخدم المعلمون أنواعاً متنوعة من وسائل التقييم لتحديد المحتوى الدراسي، وطرائق التدريس، وتوثيق تعلم الطلبة وتقدمهم.

المعيار (6): يعلم المعلمون بشكل واضح الاستراتيجيات التعليمية والسلوكية المحققة بحثياً لتسهيل عملية التعلم من خلال المنهاج.

المعيار (7): يستخدم المعلمون أساليب منهجية، واضحة، متعددة الحواس من أجل تعليم القراءة والكتابة والتعبير والرياضيات.

المعيـار (8): يوظـف المعلمـون المعلومـات المتعلقـة بالثقافـة، الحالـة الاقتصـادية الاجتماعية.

المعيار (9): يعرف المعلمون عملية وإجراءات تقديم التربية الخاصة.

المعيار (10): يتعاون المعلمـون ويتشـاورون مـع معلمـي التعلـيم العـام والآبـاء وبقيـة المختصين.

المعيار (11): يسعى المعلمـون نحـو النمـو المهنـي المسـتمر والـتعلم لتحسـين المـدارس والمعرفة المتقدمة.

طرق التشخيص والتقييم لدى معلم ذوي الحاجات الخاصة:

التشخيص:

هو الفهم الكامل الذي يتم على خطوات لاكتشاف مظهر أو شـكوى أو تحديـد جوانـب نمو الفرد أو سلوكياته سواء كانت نواحي عجز وقصور أو نواحي إيجابية لتقديم العلاج والتنميـة ويتطلب خطوات تبدأ بالملاحظة والوصـف وتحديـد الأسـباب وتسـجيل الخصـائص والمحـددات وذلك للاهتمام بجوانب العجز ومستواه وعلاقته بغيره من مظاهر العجز الأخرى. (العثمان، 2009).

التشخيص: تحديد نمط الاضطراب الذي أصاب الفرد على أساس الأعراض والعلامـات أو الاختبـارات والفحـوص، وكـذلك تصـنيف الأفـراد عـلى أسـاس المـرض أو الشـذوذ أو مجموعـة الخصائص.

كفايات التشخيص: مجموعة خبرات تعليميـة، تمكـن المعلـم مـن الحكـم عـلى الطفـل اعتماداً على معلومات القياس.

التقييم أو التقدير:

مجموعة من العمليات التي تستخدم بواسطة أخصائيين متمرسين، للتوصل إلى تصورات وانطباعات واتخاذ قرارات واختبار فروض تتعلق بنمط خصائص فرد معين يحدد سلوكه أو تفاعله مع بيئته.

ويعتمد على القياس مثل درجات اختبار التحصيل ودرجة الذكاء، كما يعتمد على مصادر أخرى مثل الآراء والملاحظات.

أساليب التشخيص لذوي الإعاقة:

إن الغرض من التشخيص هو انتقاء الأطفال الذين يحتاجون إلى نوع معين من التربية الخاصة أو الخدمة أو تخطيط برنامج للعلاج أو للدراسة وينبغي أن يتضمن التشخيص الأساليب أو العمليات الأربع التالية:

1ـ التشخيص الطبي: يقوم بهذا التشخيص طبيب عام أو أخصائي، لتحديد الحالة المرضية من وجهة نظر طبية وتحديد الحاجة الطبية من علاج أو التدخل الجراحي أو غير ذلك.

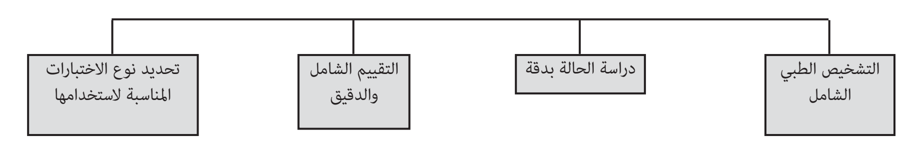
2ـ التشخيص النفسي: وهو هاماً وحيوياً في أي برنامج لذوي الاحتياجات الخاصة حيث يجب أن يوفر لهم برنامج تعليمي معه على أساس إكلينيكي ويقوم على فهم دقيق لخصائص وحاجات الفرد ويحتاج إلى التشخيص الكامل لخصائص الفرد العقلية والانفعالية.

3ـ التشخيص الاجتماعي: توفر دراسة وتاريخ حالة الفرد وأسرته اجتماعياً البيانات الضرورية لتحديد كيفية فهمه بيئته ومركزه فيها، ودرجة

فاعليته في توافقه بالنسبة لبيئته، وما يسهم به غيره من الأشخاص الموجودين في البيئة نحو توافق كلي. (الروسان، 2005)، (العزة، 2008).

4ـ التشخيص التربوي أو التعليمي: غالباً ما يتم التشخيص التعليمي بقياس مستوى الفرد من ذوي الإعاقة التحصيلي، وذلك بواسطة اختبارات التحصيل المقننة ويتطلب إرشاد الطفل ذوي الإعاقة داخل نطاق المدرسة تقويماً تاماً ودقيقاً حتى يمكن استخدامه إلى جانب البيانات التشخيصية الأخرى، وبهذه الطريقة وحدها نستطيع وضع الخطط وصياغة التوصيات التي تتفق مع قدرة الفرد من ذوي الإعاقة ومستواه التحصيلي. (العثمان، 2009).

شروط هامة علينا مراعاتها في عملية التشخيص:



هناك شروط علينا مراعاتها مع جميع فئات التربية الخاصة للوصول إلى عملية تشخيص أكثر دقة:

أولاً: تشخيص طبي شامل للفرد من ذوي الإعاقة.

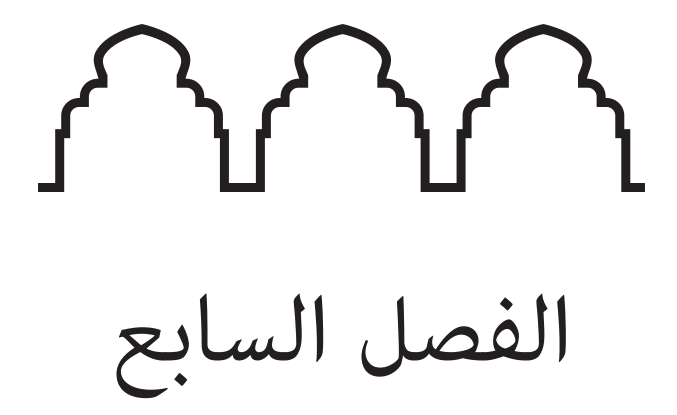
ثانياً: دراسة الحالة، حيث يتضح فيها تقييم شامل للحالة الأسرية ووضع الأسرة وعدد أفراد الأسرة وترتيب الطفل، وهل يوجد حالات أخرى في الأسرة؟ ومعلومات شاملة عن تاريخ الحمل والولادة والمشكلات التي رافقت ذلك بما في ذلك تعرض الأم الحامل للأمراض أو الأشعة أو الإصابات.

ثالثاً: تقييم تربوي شامل، لنقاط القوة والضعف والمشكلات والصعوبات التربوية.

رابعاً: استخدام الاختبارات المقننة والمناسبة للفئة والبيئة الثقافية والعمر الزمني. (العثمان، 2009).

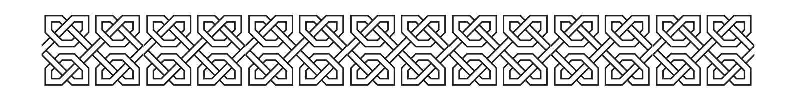


الفصل السادس



الفصل السابع

القياس والتقويم في التربية الخاصة



الفصل السابع

الفصل السابع

القياس والتقويم في التربية الخاصة

مقدمة:

تعد عملية القياس والتقويم في التربية الخاصة جزءاً مهماً مـن مهـام التربـوي أو المعلـم وتعتبر الخطوة النهائيـة في العمليـة التعليميـة، وخطـوة أولى في مرحلـة تعلـم أخـرى جديـدة، والقياس هو تلك العملية التي ت مكن الأخصائي من الحصول على معلومات كمية عن ظـاهرة ما.

أما التقويم هو تلك العملية التـي يحكـم فيهـا عـلى مظـاهر السـلوك ومـدى قربهـا أو بعدها مـن المعـايير الخاصـة بهـا، ويسـتخدم في ميـدان التربيـة الخاصـة لأغـراض الحكـم عـلى السلوك.

يعتبر موضوع قياس وتشخيص الأطفال المعاقين من الموضوعات الهامة في ميدان التربية الخاصة وذلك لعدد من المبررات أهمها أن التعرف عـلى هـؤلاء الأطفـال هـو الخطـوة الأولى في تشخيصهم وتحويلهم إلى المكان المناسب تربوياً وطبياً كما ويمكن مـن تقيـيم الأطفـال المعـاقين على وضع برامج تدخل مبكـر لهـم تسـاعدهم عـلى اسـتغلال مـا تبقـى لـديهم مـن القـدرات السمعية وتمكنهم من الانخراط في الحياة والمجتمع وممارسة بعض الأعمال المناسبة لهم.

وعلى هذا لا بد (للمختص بالقياس والتشخيص) أن يكون على وعي تام بالتطور النمائي المتسلسل، وفقاً للعمر الزمني ليكون بمثابة معيار له على وجود مشكلة سمعية للطفل المفحوص، حيث يهدف التقييم إلى تعرف طبيعة الإعاقة والمرحلة الأولى في عملية التأهيل السمعي.

مفهوم القياس والتقييم:

عندما نتحدث عن مفهوم التقييم أو القياس لا بد لنا أن نتحدث عن ثلاثة مفاهيم أساسية وهي:

1ـ مفهوم القياس.

2ـ مفهوم التقييم أو التشخيص.

3ـ مفهوم أداة القياس.

أولاً: مفهوم القياس:

ظهرت تعريفات وتفسيرات متعددة لمفهوم القياس أو عملية القياس ولكنها تُجمع في الغالب على تمثيل الصفة أو موضوع القياس طريقة كمية أو رقمية.

وعلى هذا **يعرف القياس** على أنه تلك العملية التي تمكن الأخصائي من الحصول على معلومات كمية أو رقمية عن ظاهرة ما.

ويظهر ذلك جلياً في التربية الخاصة فمثلاً يعبر عن القدرة العقلية بنسبة الذكاء كما ويعبر عن القدرة البصرية بنسبة تمثل القدرة البصرية مثل (200/20) أو 6/6 كما هو الحال في القدرة السمعية حيث يعبر عنها

بوحدات تسمى ديسيبل مثل 20 وحدة ديسيبل أو 70 وحدة ديسـيبل. ومـا ينطبـق هنـا عـلى هذه الفئات ينطبق على بقية فئات التربي الخاصة. (الروسان، 1999).

ثانياً: التقييم أو التشخيص:

ظهرت تعريفات وتفسيرات متعـددة لمفهـوم التقيـيم والتشـخيص وقـد أجمعـت عـلى تفسيرات إجرائية تتمثل في معايير خاصة بتلك الظاهرة وبهذا يمكن **تعريف التقيـيم عـلى أنـه:** إصدار حكم على ظاهرة ما أو موضوع ما (بعد قياسها) وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة. فهـي تلك العملية التي يحكم فيها على مظاهر السلوك ومدى قربها أو بعدها منه.

وعلى هذا فإن التقييم أو التشخيص يستخدم بشـكل خـاص في ميـدان التربيـة الخاصـة لأغراض الحكم على السلوك حيث توجد أمثلة متعددة على عملية التقييم أو التشخيص، فمـثلاً يصنف الأفراد إلى موهوبين أو عاديين أو معوقين عقلياً بنـاءً عـلى نسـبة ذكـائهم كـما ويصـنف الأفراد إلى عاديين أو معافيين سمعياً بناءً على عدد وحدات الديسبل المقاصـة لـديهم وهكـذا... (الروسان، 1999).

مفهوم القياس في التربية الخاصة:

وصف السلوك لفئات التربية الخاصة رقمياً أو كمياً.

مفهوم أداة القياس: هي الطريقة أو الأسلوب الذي تقاس به صفة مـا أو ظـاهرة مـا أو موضوع ما.

ثالثاً: مفهوم أداة القياس:

لقد ظهرت تعريفات متعددة لمفهوم أداة القياس ولكن غالبيتها تجمع على أنها الطريقة والأسلوب الذي تقاس به ظاهرة ما أو موضوع ما وعلى هذا تعرف على إنها: أداة منظمة لقياس الظاهرة، موضوع القياس والتعبير عنها بلغة رقمية.

أنواع أدوات القياس:

1ـ الاختبارات محكية المرجع: وهي تحديد المعيار أو المعايير من قبل المعلم أو الأخصائي وتوضع بناء على ما يتوقع من المفحوص ويكثر استخدام هذا النوع في ميدان التربية الخاصة.

2ـ الاختبارات معيارية المرجع: وهي مقارنة أداء الفرد بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها ويستخدم هذه الاختبارات في أغراض تصنيف الطلبة وتحديد مواقعهم على منحنى التوزيع الطبيعي.

3ـ أدوات القياس المسحية المبدئية: وهي لا تتصف بدلالات صدق وثبات وفي مجال التربية الخاصة مثل اختبار مهارة القراءة والكتابة، اختبار دوريل لصعوبات القراءة واختبارات سلنقرد للصعوبات اللغوية الخاصة.

4ـ أدوات القياس المقننة: وهي تتصف بأن لها دلالات صدق وثبات ومعايير خاصة بها، وفي مجال التربية الخاصة مثل مقياس ستانفورد بنيه أو وكسلر أو مقياس توران للتفكير الإبداعي أو مقياس السلوك التكيفي أو مقياس الينوى السيكولغوية أو مقياس بيركس لتقدير السلوك. (الروسان، 2008).

العلاقة ما بين القياس والتقويم:

1ـ تعتبر أداة القياس شرطاً أساسياً من شروط عمليتي القياس والتقويم.

2ـ تعتبر عملية القياس شرطاً أساسياً من شروط عملية التقويم وسابقة لها.

3ـ تعتبر عملية التقويم (التشخيص) عملية تتخذ فيها القرارات المناسبة بناء على المعلومات التي تقدمها عملية القياس. (التقييم التربوي، وزارة التربية والتعليم).

أهداف القياس والتقويم في التربية الخاصة:

1ـ تصنيف الطلبة غير العاديين إلى فئات أو مجموعات متجانسة.

2ـ تحديد موقع الطلبة غير العاديين على منحنى التوزيع الطبيعي من حيث قدراتهم العقلية.

3ـ تحويل الطلبة غير العاديين إلى الفئات التربوية المناسبة.

4ـ إعداد الخطط التربوية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فاعليتها.

5ـ إعداد الخطط التعليمية الفردية للطلبة غير العاديين والحكم على مدى فاعليتها.

6ـ إعداد برامج تعديل السلوك للأطفال غير العاديين والحكم على مدى فاعليتها. (الروسان، 2008).

قياس وتشخيص الطفل الموهوب:

تعتبر عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات والتي تتطلب استخدام أكثر من أداة من أدوات قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين، ويعود السبب في تعقد عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين إلى تعدد مكونات أو أبعاد القدرة الإبداعية، والقدرة التحصيلية والمهارات بقياس كل بعد من الأبعاد السابقة. (قطناني، 2009).

أبعاد عملية قياس وتشخيص الطفل الموهوب:

مقياس القدرة العقلية:

تعتبر مقاييس القدرة العقلية العامة المعروفة مثل مقياس ستانفورد ـ بينيه، أو مقياس وكسلر من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة العقلية العامة للمفحوص، والتي يعبر عنها عادة بنسبة الذكاء وتبدو قيمة مثل الاختبارات في تحديد موقع المفحوص على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. ويعتبر الطفل موهوباً إذا زادت نسبة ذكائه عن انحرافين معياريين فوق المتوسط. ومن الجدير بالذكر أنه تم تطوير/تقنين بعض مقاييس القدرة العقلية العامة في الأردن كمقياس ستانفورد ـ بينه، ومقياس وكسلر وبني مقياس ستانفورد بينيه على عدد من الافتراضات أهمها مفهوم الذكاء الذي يتضمن عدداً من القدرات العقلية أهمها التفكير والتذكر والملاحظة والتآزر البصري الحركي وتوازن العمر العقلي والعمر الزمني ثم تمايز الأداء مع تمايز العمر. (الروسان، 2008)، (قطناني، 2011).

ويغطي هذا المقياس الفئات العمرية من سن 2ـ18 سنة بواقع 6 اختبارات في كل فئة عمرية وتستغرق عملية تطبيق المقياس من 30ــ90 دقيقة أما تصحيحه

فيستغرق من 30ـ40 دقيقة. (الروسان، 2008، ص45). وفي عام 1981 ظهرت الصورة الأردنية للمقياس بعد أن مرت في مراحل الصورة الأولية وترجمة فقراته وإعداد نموذج الإجابة وتعديل الفقرات ثم اجتاز مرحلة تجريب المقياس بصورته المعدلة الأردنية ثم مرحلة التقنين حيث توفرت دلالات صدق وثبات للصورة الأردنية من المقياس ثم ظهر مقياس وكسلر للذكاء نتيجة إلى الانتقادات التي وجهت لمقياس ستانفورد ـ بينه والذي يصلح لكافة المراحل العمرية وأضاف في اختباراته حصول المفحوص على 3 نسب في الذكاء وهي:

أ ـ نسبة الذكاء اللفظي.

ب ـ نسبة الذكاء الأدائي.

ج ـ نسبة الذكاء الكلي.

وقام القريوتي (1981) بإجراء دراسة صورة معربة من مقياس وكسلر وإجراء مراجعته وتطويره حيث توفرت فيه دلالات الصدق والثبات لهذه الصورة.

مقياس التحصيل الأكاديمي:

تعتبر مقاييس التحصيل الأكاديمي المقننة أو المدرسية، من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية، والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية، وعلى سبيل المثال تعتبر امتحانات القبول أو الثانوية العامة، أو الامتحانات المدرسية، من الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص، ويعتبر المفحوص متفوقاً من الناحية التحصيلية الأكاديمية إذا زادت نسبة تحصيله الأكاديمي عن 90%. (قطناني، 2009).

مقياس الإبداع:

تعتبر مقاييس الإبداع أو التفكير الابتكاري، أو المواهب الخاصة من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة الإبداعية لدى المفحوص، ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي (Torrance Test Of Creative Thinking, 1996) والذي يتألف من صورتين: اللفظية والشكلية، من المقاييس المعروفة في قياس التفكير الإبداعي، وكذلك مقياس تورانس وجيلفورد للتفكير الابتكاري، والذي تضمن الطلاقة في التفكير، والمرونة في التفكير الإبداعي أو الابتكاري، ومن الجدير بالذكر أنه تم تطوير بعض مقاييس الإبداع والتفكير الابتكاري في الأردن، كمقياس تورانس للتفكير الإبداعي. (قطناني، 2009).

مقاييس السمات الشخصية والعقلية:

تعتبر مقاييس السمات الشخصية والعقلية التي تميز ذوي التفكير الابتكاري المرتفع عن غيرهم وأحكام المدرسين، من الأدوات المناسبة في التعرف إلى السمات الشخصية، والعقلية من مثل الطلاقة والمرونة والأصالة في التفكير، وقوة الدافعية المثابرة، والقدرة على الالتزام بأداء المهمات، والانفتاح على الخبرة، ومن المقاييس التي طورت في البيئة الأردنية والتي تقيس السمات الشخصية العقلية، مقاييس السمات العقلية ـ الشخصية للمبدعين (أبو عليا، 1983) والذي يتضمن 75 فقرة موزعة على تسعة أبعاد هي:

1ـ القدرة على تحمل الغموض.

2ـ الاستقلال في التفكير والحكم.

3ـ المرونة والأصالة في التفكير.

4ـ التفكير التأملي والقدرة على التفكير.

5ـ الانفتاح على الخبرة.

ومع ظهور مقاييس الذكاء على يد بينية (Binet) ووكسلر (Wechsler) أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء (Intelligence Quotient, I.Q) كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية وبقي الحال كذلك حتى أواخر الخمسينات من هذا القرن حين بدأ متخصصون في الإعاقة العقلية والتربية الخاصة وعلم النفس بتوجيه الانتقادات إلى مقاييس الذكاء والتي خلاصتها أن مقاييس الذكاء وحدها غير كافية في تشخيص حالات الإعاقة العقلية إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقاييس الذكاء لا يعني بالضرورة أن الفرد معوق عقلياً إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعي وقدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية وبنجاح ونتيجة لذلك كله ظهر بعد جديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو بعد السلوك التكيفي (Adaptive Behavior). (قطناني، 2011).

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

(Assessment & Diagnosis of MR)

تعريف الإعاقة العقلية: تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحبها قصور في السلوك التكيفي، وتظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى 18 سنة.

تصنيف الإعاقة العقلية:

1ـ الإعاقة العقلية البسيطة: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من 55ـ70.

2ـ الإعاقة العقلية المتوسطة: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من 40ـ55.

3ـ الإعاقة العقلية الشديدة: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من 25ـ40.

4ـ الإعاقة العقلية الشديدة جداً: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة أقل من 25.

تعتبر عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية عملية معقدة تنطوي على التركيز على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية والتربوية وأخذها بعين الاعتبار، فمع بداية القرن التاسع عشر بدأ تشخيص حالات الإعاقة العقلية من وجهة نظر طبية. (العزة، 2005)، (الخطيب، 2010)، (عبيد، 2007).

ولكن وبعد عام (1905) ومع ظهور مقاييس على يد بنيه ووكسلر أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء (IQ) كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية في قياس الإعاقة العقلية، وفي السبعينات من هذا القرن ظهرت مقاييس أخرى هي المقاييس التحصيلية وتهدف إلى قياس الجوانب الأكاديمية التحصيلية لدى المعوق عقلياً ومنها مقياس المهارات العددية ومقياس مهارات الكتابة ومقياس المهارات اللغوية ويعتبر الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية من الاتجاهات المقبولة حديثاً في أوساط التربية الخاصة إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربع الرئيسية وهي:

1ـ التشخيص الطبي: والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال مركزاً على تاريخ الحالة الوراثي وأسباب الحالة وظروف الحمل ومظاهر النمو الجسمي للحالة وإضراباتها والفحوص المخبرية اللازمة.

2ـ التشخيص السيكومتري: يقوم به أخصائي في علم النفس حيث يقدم تقرير عن القدرة العقلية للمفحوص باستخدام القدرة العقلية (بنيه ووكسلر).

3ـ التشخيص الاجتماعي: يقوم به أخصائي في التربية الخاصة حيث يقدم تقرير عن السلوك التكيفي للمفحوص باستخدام مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى مقياس السلوك التكيفي.

4ـ التشخيص التربوي: يقوم به أخصائي في التربية الخاصة حيث يقدم تقريراً عن المهارات الأكاديمية التحصيلية العددية، القراءة، الكتابة، اللغوية. (الخطيب، 2010).

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

يظهر الأطفال أو الأفراد ذوو المشكلات البصرية أعراضاً تدل بطريقة ما على صعوبة في القدرة على الإبصار، مقارنة مع الطفل العادي الذي لا يعاني من مشكلات بصرية.

ومن الأعراض التي يظهرها الأطفال من ذوي المشكلات البصرية:

1ـ تقريب أو إبعاد المادة المكتوبة.

2ـ صعوبة رؤية الأشياء البعيدة.

3ـ صعوبة رؤية الأشياء القريبة.

4ـ فرك العينين.

5ـ احمرار العينين.

6ـ تكرار رمش العينين.

7ـ تغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة.

8ـ الحول.

9ـ الشعور بالصداع عند القراءة.

وقد يلاحظ الآباء والأمهات والمعلمون مثل تلك المظاهر وفي هذه الحالات فإن تشخيص المشكلات البصرية يصبح أمراً ضرورياً من قبل أخصائي في قياس وتشخيص المشكلات البصرية والذي يسمى (OPHTHAMOLOJIST) حيث يحدد هذا الأخصائي نوع ومدى المشكلة البصرية التي يعاني منها الفرد باستخدام الأجهزة الفنية الحديثة في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية. (عبيد، 2007).

أما الطرق التقليدية في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية فكانت تقوم على أساس من استخدام لوحة سنلن المعروفة (Snellen Chart) والتي تتضمن ثمانية صفوف من الأحرف (C or E) والتي تتناسب في حجمها مع المسافات التالية (6 و12 و18 و24 و30 و36) متراً وفي هذه الطريقة يطلب من المفحوص الذي يكون في العادة على بعد 6 أمتار من اللوحة أن يحدد فتحة الحروف المشار إليها، فإذا استطاع أن يميز اتجاه صف الحرف الثامن من على مسافة 6 أمتار فإن قدرته على الإبصار فهي 6/6، أما إذا استطاع أن يميز اتجاه صف الحرف السابع من

على مسافة 6 متر فإن قدرته على الإبصار تكون 6/12 وهكذا، وغالباً ما يتم قياس وتشخيص كل عين على حدة وقد وجهت الكثير من الانتقادات لهذه الطريقة منها صعوبة فهم تعليمات تطبيق هذه الطريقة وخصوصاً مع الأطفال والأميين، وصعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية ومن المقاييس لهذه الإعاقة هو مقياس ماريان فروستنج للإدراك البصري. (القمش، 2008).

قياس وتشخيص الإعاقة السمعية:

تقسم طرق قياس وتشخيص الإعاقة السمعية إلى قسمين هما:

القسم الأول: الطرق التقليدية في قياس وتشخيص القدرة السمعية، ومن تلك الطرق التقليدية طريقة مناداة الطفل باسمه بطريقة الهمس (Whisper Tes) وطريقة سماع دقات الساعة (Watch Test)، وتعتبر مثل هذه الطرق من الطرق التقليدية غير الدقيقة في قياس وتشخيص القدرة السمعية.

القسم الثاني: الطرق العلمية الحديثة في قياس القدرة السمعية، وغالباً ما يقوم بإجراء تلك الطرق أخصائي في قياس وتشخيص القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (Audiologist) ومن تلك الطرق، والتي تتصف بالدقة مقارنة مع الطرق التقليدية، طريقة القياس السمعي الدقيق (Pure-ton Audiometry).

وفي هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة/عتبه على القدرة السمعية للفرد بوحدات تسمى (HERTZ) والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل ويقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد، بوضع سماعات الأذن على أذني

المفحوص، ولكل أذن على حدة ويعرض على المفحوص أصواتاً ذات ذبذبات تتراوح من 125ـ8.000 وحدة هيرتز وذات شدة تتراوح من صفر ـ 110 وحدة ديسبل ومن خلال ذلك يقرر الفاحص مدى التقاط المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة:

الإعاقة السمعية البسيطة: 0ـ20 ديسبل.

الإعاقة السمعية المتوسطة: 40ـ20 ديسبل.

الإعاقة السمعية الشديدة: 92ـ70 ديسبل.

الإعاقة السمعية الشديدة جداً: 92 فما فوق ديسبل. (عبيد، 2006)، (العزة، 2005).

أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية الحديثة في قياس وتشخيص القدرة السمعية، تلك الطريقة المعروفة باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry).

ومن الاختبارات التربوية التي تستخدم في قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي مقياس ويبمان للتمييز السمعي (Wepman Auditory Discrimination Test, 1978) إذ يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة كما يصلح للأعمار ما بين سن 5ـ8، ويطبق بطريقة فردية. (الروسان، 2001).

قياس وتشخيص صعوبات التعلم:

تهدف عملية قياس مظاهر صعوبة التعلم وتشخيصها إلى تحديد تلك المظاهر والتعرف على أسبابها ومن ثم وضع البرامج العلاجية المناسبة

(KIRK, 1972) وعلى ذلك فعلى الأخصائي في قياس مظاهر صعوبات التعلم أن يتبع ما يلي:

1ـ إعداد تقرير عن حالة الطفل العقلية بواسطة اختبارات الذكاء.

2ـ إعداد تقرير عن مهارات الطفل في القراءة والكتابة.

3ـ إعداد تقرير عن عملية التعلم لدى الطفل.

4ـ البحث عن أسباب صعوبات تعلم الطفل.

5ـ وضع الفرضيات التشخيصية المناسبة على ضوء جمع المعلومات الخاصة في الحالة.

6ـ تطوير خطة تدريبية على ضوء الفرضيات التشخيصية. (الكوافحة، 2007)، (زينب وآخرون، 2007).

أدوات قياس صعوبات التعلم وتشخيصها:

طريقة دراسة الحالة:

تعتبر هذه الطريقة واحدة من الطرق الرئيسية في التعرف إلى مظاهر صعوبات التعلم وتزود هذه الطرق الأخصائي بمعلومات جديدة عن نمو الطفل، وخاصة فيما يتعلق بمراحل العمر والميلاد، والوقت الذي ظهرت فيه مظاهر النمو الرئيسة الحركية كالجلوس والوقوف والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والأمراض التي أصابت الطفل.

وتصنف الأسئلة المتعلقة بدراسة الحالة كما تشير إليها ليرنر (Learner, 1976) كما يلي:

الأسئلة المتعلقة بخلفية الطفل العامة وحالته الصحية.

الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل الجسمي.

الأسئلة المتعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.

الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.

الأسئلة المتعلقة بالنمو الاجتماعي والشخصي.

الملاحظات الإكلينيكية:

تفيد الملاحظة الإكلينيكية في جمع المعلومات عن مظاهر صعوبات التعلم لدى الطفـل التي يتم تأكيدها فيما بعد بالاختبارات المقننة المناسبة وتستخدم الملاحظة الإكلينيكية للتعـرف إلى المشكلات اللغويـة، والمشـكلات المتعلقـة بالمهـارات السـمعية أو البصريـة، وتعتـبر المظـاهر الآتية من المظاهر الرئيسة لحالات التعلم والتي يتم التعـرف إليهـا بالملاحظـات ا لإكلينيكيـة أو التقديرات المتدرجة:

1ـ مظاهر الإدراك السمعي: وتتضمن القدرة على إتباع التعليمات اللفظية والقدرة على استيعاب النقاش الصفي.

2ـ مظاهر اللغة المنطوقة: القدرة على التعبير اللفظي الصحيح.

3ـ مظاهر التعرف إلى ما يحيط الطفل والاستفادة من الظروف البيئية.

4ـ مظاهر الخصائص السلوكية: قدرة الطفل على التعاون والانتباه والإدراك.

5ـ مظاهر النمو الحركي: القدرة على التآزر الحركي العام والتعامل مع الأشياء.

الاختبارات المسحية السريعة:

تسمى هذه الاختبارات المسحية السريعة، وذلك لأنها تهدف إلى التعرف السريع إلى مشكلات الطفل المتعلقة بصعوبات التعلم، وهذه الاختبارات هي:

1ـ اختبار القراءة المسحي (Informal Reading Inventory): يتم بواسطته التعرف إلى مهارات القراءة ومستوياتها وأنواع الأخطاء القرائية وطرق مواجهة الطفل بها.

2ــ اختبار التمييز القرائي (Informal Graded Word-recognition Test): يهدف إلى التعرف على قدرة الطفل على التمييز بين بعض المفردات المنتقاة من كتاب الصف الثالث والرابع واستجابته للطرق المختلفة في تعلم القراءة.

3ـ اختبار القدرة العددية (Informal Arithmetic): يهدف هذا الاختبار إلى التعرف على مدى قدرة الطفل في التعامل مع الأرقام وخاصة العمليات الأساسية الأربعة (الجمع، الطرح، الضرب، القسمة). (كوافحة، 2007).

اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية:

يعتبر اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية (Illinois Test Paycholinguistic Abilities, ITPA) من الاختبارات المعروفة في ميدان صعوبات التعلم، إذ يستخدم هذا الاختبار في قياس المظاهر المختلفة لصعوبات التعلم وتشخيصها.

صمم هذا الاختبار من قبل كيرك وآخرين (Kirk, MacCarty, 1986) ويصلح للفئات العمرية من 2ـ10 عاماً أما الوقت اللازم لتطبيق المقياس فهو ساعة ونصف وأما المدة اللازمة لتصحيحه فهي من 30ـ40 دقيقة.

يتكون هذا المقياس من 12 اختباراً فرعياً تعطي طرائق الاتصال ومستوياتها والعمليات النفسية، والاختبارات هي:

اختبار الاستقبال السمعي.

اختبار الاستقبال البصري.

اختبار الترابط السمعي.

اختبار الترابط البصري.

اختبار التعبير اللفظي.

اختبار التعبير الإرشادي.

اختبار تكملة الجمل (من حيث القواعد والمعنى).

اختبار الإكمال السمعي.

اختبار التركيب الصوتي.

اختبار الإكمال البصري.

اختبار التذكر السمعي المتسلسل.

اختبار التذكر البصري المتسلسل. (الوقفي، 2009).

قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية:

تتلخص عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية في أربعة مراحل أساسية متكاملة هي:

المرحلة الأولى:

مرحلة التعرف المبدئي (Screening) على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات والمعلمون والمعلمات مظاهر النمو اللغوي، وخاصة مدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام، أو قلة المحصول اللغوي... الخ وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات والمعلمون الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

المرحلة الثانية:

مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي (Physical Diagnosis) للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: في هذه المرحلة، وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة.

المرحلة الثالثة:

مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة (Dignosis Of Abilities) للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: بعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت قبل قليل. (الوقفي، 2009)، (الغزالي، 2011).

المرحلة الرابعة:

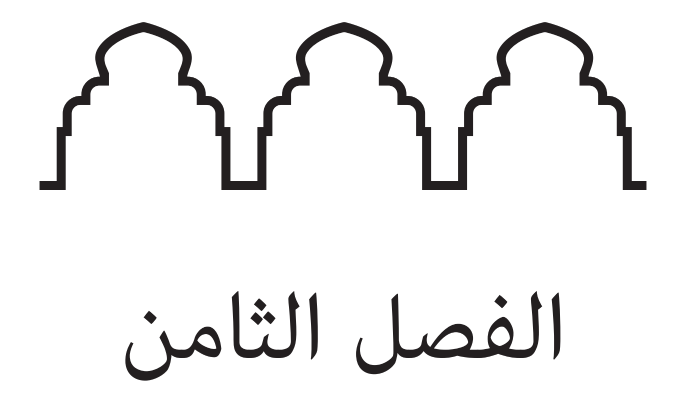
مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية على ضوء نتائج المرحلة السابقة: يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية ومظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال:

1ـ اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية.

2ـ اختبار مايكل بست لصعوبات التعلم.

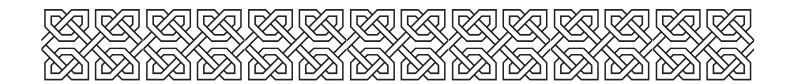
3ـ مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً.



الفصل الثامن

الإعاقة العقلية



الفصل الثامن

الإعاقة العقلية

من الجانب التربوي

المقدمة:

الإعاقة الفكرية (الذهنية) بحد ذاتها عبارة عن مفهوم نستدل عليها من خلال مجموعة من الصفات والخصائص التي تشكل المعايير والمحكات المرجعية للاستدلال على وجودها، ونتيجة للاختلافات بين المختصين في تعريفهم لها بسبب اختلاف في التخصصات المهنية التي تهتم بتلك الفئة، وكذلك لاختلاف بين المعاقين من حيث خصائصهم العقلية والجسمية وأسباب الإعاقة وقدرتهم على التعلم والتكيف الاجتماعي لذلك تعددت تصنيفات الإعاقة، منها ما هو طبي، تربوي، سيكومتري، اجتماعي.

وسأتناول التصنيف التربوي من حيث تعريفه، تصنيفه للإعاقة العقلية أيضاً المضامين التربوية والمعرفية والتي لها دور في تدريس المعاقين عقلياً وسأتطرق إلى الاعتبارات المهمة في تدريس فئة القابلين للتعلم.

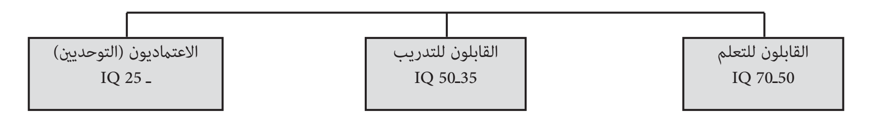
التعريف التربوي للمعاقين عقلياً:

يشير التعريف التربوي إلى تدني قدرة المعاق عقلياً على التعلم والتحصيل وقدرته على التواصل عن طريق الكتابة وقدرته على التعبير الكتابي وفهم ما يقرأ ويمكن تعريفه كما ورد في كتاب (خولة، يحيى): «هو

الفرد الذي لا يقل عمره عن ثلاث سنوات ولا يزيد عن عشرين سنة، ويعيقه تخلفه العقلي عن متابعة التحصيل الدراسي في المدارس العادية وتسمح له قدرته بالتعلم والتدريب وفق أساليب خاصة ولا يستطيع الاتصال مع أقرانه عن طريق الكتابة ولا يستطيع أن يقرأ ويفهم ما يقرأه ولا يعود السبب لوجود أي إعاقة سمعية أو بصرية أو شلل دماغي يفسر سبب هذا الشكل اللغوي». (يحيى، خولى، ماجدة، عبيد، 2005، ص16).

تصنيف حالات الإعاقة الفكرية حسب متغير البعد التربوي:

وهو التصنيف الذي يشيع استخدامه بين التربويين، وتأخذ به المؤسسات والبرامج والمراكز التي تقدم خدمات تربوية للمعاقين فكرياً، حيث يعتمد على معدلات الذكاء مع تمييز كل فئة حسب استعداد أفرادها وقابليتهم للتعلم كمعيار أساسي للتقسيم لأنه يهتم بالاحتياجات التعليمية وما يلائمها من برامج أكثر مما يعني بدرجة الذكاء وذلك من تحديد البرامج والخدمات التربوية المناسبة، وكذلك من تمكين هؤلاء الأفراد من الاستفادة لأقصى مستوى تصل إليه قدراتهم وكذلك إمكانية انتقالهم من برنامج تربوي إلى آخر وفقاً لمدى إتقانهم للمهارات والمتطلبات السابقة ويتضمن هذا التصنيف ثلاثة فئات وهي:

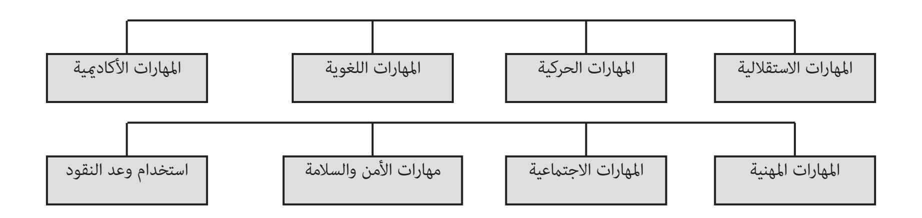


1ـ فئة القابلون للتعلم (Educable Intellectual Disability):

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (50ــ70) درجة على مقياس الذكاء، ويشار لهم بالرمز (EID) وتتضمن هذه الفئة المعاقين فكرياً الذين يعتبرون

قابلين لتعلم المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب، حيث يمكنهم الوصول في التعلم إلى مستوى الصف السادس الابتدائي ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج التربوية الفردية. (الروسان، فاروق، 2007). (Individualized Educational Plan) (IEP) حيث يحتوي منهج القابلين للتعلم في الخطة التعليمية الفردية (Individualized Instructional Plan) (IIP) على الآتي:

يحتوي منهج القابلين للتعلم في الخطة التعليمية الفردية المهارات التالية



(الروسان، فاروق، 2005، ص228)

ولا تظهر الإعاقة الفكرية لدى هذه الفئة خلال مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنها تظهر بشكل ملحوظ من خلال النشاطات العقلية في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يكون نمو الطفل المعاق فكرياً في معظم الأحيان طبيعياً، إلى أن يظهر العجز عن التعلم في المدرسة. (محمد، 2005).

2ـ فئة القابلون للتدرب (Trainable Intellectual Disablity):

حيث تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (35ــ50) ويشار إليها بالرمز (TID) فغالباً ما يحصل أفراد فئة القابلون على للتدرب على درجات ذكاء منخفضة عن المتوسط بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية على أي اختبار ذكاء، ويواجه

المعوقون فكرياً في هذه الفئة صعوبات شديدة تعجزهم عن التعلم الأكاديمي فهم يكتسبون قدراً ضئيلاً من المهارات الأكاديمية والمعلومات الخاصة بالقراءة والكتابة ومبادئ الحساب، فقد أنه يمكن التركيز لهذه الفئة على البرامج التربوية المهنية (Career Education) مثل التهيئة المهنية كذلك يمكن تدريبهم على القيام ببعض المهارات الأساسية مثل العناية بالنفس واللباس والقيام بالأعمال البسيطة التي تتطلب ذكاء بسيطاً. (الروسان، فاروق، 2007).

3ـ فئة الاعتماديون (Severely and Profoundly Intellectual Disability):

وتتضمن هذه الفئة ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة والحادة حيث تبلغ نسبة ذكاءهم أقل من (25) درجة ويشار إليهم بالرمز (SPID).

ويتصف الأفراد من هذه الفئة بعدم القدرة على تعلم المهارات الاستقلالية أو القيام بمهارات الحياة اليومية، فهم بحاجة دائمة إلى الرعاية من قبل الآخرين والاعتماد على الآخرين. (القريوتي وآخرون، 2001).

المضامين المعرفية لفئة القابلون للتعلم:

إن القدرة العقلية للفرد المعاق فكرياً تبلغ ثلاثة أرباع القدرة العقلية للفرد السوي المساوي له في العمر أو أقل من ذلك سواء كان الاختبار المستخدم لفظياً أو غير لفظي. (يحيى، خولة، 2005).

فهو لا يصل في معدل نموه العقلي أو مستواه إلى المستوى الذي يصل إليه العادي الذي يمثله في العمر الزمني، وبالرغم من أنه يمر بنفس مراحل النمو

العقلي إلا أنه يتأثر بعنصرين هامين هما نسبة الذكاء والعمر الزمني، لذا نجد أن جوانب القصور لديه تؤثر على أداء العمليات العقلية والتي تتمثل فيما يلي:

أ: الإدراك (Percebtion):

التلميذ المعاق فكرياً لديه قصور في عمليات الإدراك وهي جزء هام من عملية المعرفة والفهم حيث يقوم المخ باختزان معطيات الحواس وتكاملها آلياً بحيث تمكن الفرد من الوعي بوحدة الأشياء، بالتالي فإنه يتصف بقصور في قدراته على التفكير المجرد ودائماً ما يعتمد على استخدام المحسوسات حيث يميل إلى تعريف الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة، كما أنه ليس لديه القدرة على التمييز بين أوجه التشابه أو أوجه الاختلاف وذلك قد يرجع إلى تعقد المواقف بالنسبة إليه، كما أن قدرته على التصور والربط ضعيفة حيث أنه دائماً ما يميل إلى تبسيط المعلومات، فهو لا ينتبه إلى خصائص الأشياء ولا يدركها.

ينسى المعاق فكرياً الخبرات السابقة فلا يتعرف عليها بسهولة مما يجعل إدراكه لها غير سليم أو أنه يركز على جوانب غير أساسية. (القمش، يوسف، المعايطة).

ب: الانتباه (Attention):

يعاني المعاقين فكرياً من ضعف القدرة على الانتباه والقابلية العالية للتشتت حيث تزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة الإعاقة وتتضمن عملية الانتباه تركيز الفرد على مثير معين دون غيره من المثيرات، فهو يمثل الأساس في عملية اكتساب المعلومات، فقد توصلت الدراسات إلى أي صعوبات كبيرة

في اختيار الخصائص المميزة للمثيرات المنتمية لحل المشكلة، مما يجعل عملية التمييز عملية شاقة بالنسبة إليهم. (الخطيب والحديدي، 1997).

ج: الذاكرة (Memory):

يعاني ذوي الإعاقات الفكرية من ضعف في الذاكرة قصير المدى والذاكرة طويلة المدى مما يجعله يعاني من نقص في قدرة الفرد على استدعاء المعلومات، فالذاكرة جزء أساسي وضروري لعملية التعلم وبالتالي تؤثر على الاستفادة من الخبرات التي تم تعلمها، حيث يعد ضعف الذاكرة والنسيان من أهم العمليات العقلية التي يعاني المعوقون فكرياً صعوبة فيها، فكلما زادت درجة الإعاقة كلما قلت القدرة على التذكر ولا بد من التمييز بين الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى فالذاكرة قصيرة المدى تعني: القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات التي حدثت منذ دقائق مثل استرجاع الأسماء، الأشكال، والمثيرات قبل فترة زمنية وجيزة أما الذاكرة طويلة المدى فهي تقيس قدرة الفرد على الاحتفاظ بالأحداث والمعلومات التي تحدث في ساعات أو أيام أو شهور أو حتى سنوات وعلى ذلك يجب أن نستخدم مع المعاقين فكرياً استراتيجيات ملائمة للتذكر مثل التجميع والتنظيم والتكرار. (يحيى، خولة، عبيد ماجدة، 2005).

د: التمييز (Discrimingation):

إن عملية التمييز لدى المعوقين فكرياً تكون دون مستوى الأفراد العاديين، حيثُ يواجهون صعوبة في التمييز بين المثيرات المختلفة، وإدراك الخصائص المميزة لكل مثير، وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز

تبعاً لدرجة الإعاقة، فكلما زادت درجة التشابه والاختلافات بين المثيرات زادت الصعوبة في التمييز، علاوة على ذلك فإن عملية التمييز بين المثيرات الحسية تتأثر بشكل كبير بمستوى أداء الحواس المختلفة. (يحيى، خولة، عبيد، ماجدة، 2005).

هـ: التخيل (Imagination):

هي قدرة الفرد على أن يجسم وقائع أو أشياء في ذهنه دون أن يكون ذلك الشيء أو تلك الوقائع لها وجود فعلي خارج خياله، ويمكن وصف ذوي الإعاقة الفكرية بشكل عام بأنهم ذوي خيال محدد حيث إن عملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على استدعاء الصور الذهنية وتنظيمها وترتيبها في سياق منطقي ذو معنى، وأسوة بالعمليات العقلية الأخرى فإن القصور في القدرة على التخيل تزداد بازدياد درجة الإعاقة الفكرية. (السرطاوي، عبد العزيز، أيوب، عبد العزيز، 2000).

و: التفكير (Thinking):

تعتبر عملية التفكير من أرقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيداً، فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل والتذكر والإدراك، وغير ذلك من العمليات العقلية، ويتوقف نمو تفكير المعاق فكرياً القابل للتعلم عند مستوى التفكير العيني، واستخدام المفاهيم الحسية الذهنية ويفتقدون إلى التفكير الاستدلالي والمجرد. (السرطاوي، عبد العزيز، أيوب، عبد العزيز، 2000).

ز: التعميم (Generalization):

من المشكلات التي تواجه المعوق عقلياً الفشل في التعميم وفي نقل أثر

التعلم من قاعة التدريس إلى البيئة الطبيعية واستخدام التعليم السابق من معلومات ومهارات في مواقف مختلفة. (يحيى، خولة، عبيد، ماجدة، 2005).

المضامين التربوية لفئة القابلون للتعلم:

إن التلاميذ المعاقين فكرياً القابلين للتعلم قادرون على التعلم ولكنهم يكونون عادة أبطأ في التعليم والتحصيل المدرسي، فقد نلاحظ مدى تأثير درجة وشدة الإعاقة على عملية التعلم بوجه عام، عدم قدرتهم على التعلم بالسهولة التي يتعلم بها الأطفال العاديين ممن هم في مثل عمرهم الزمني، لذا نجد أن لديهم قصور في القدرة على إتقان الأفكار المجردة وهم غير قادرين على تعلم المواد الدراسية بشكل عارض (غير مقصود) كما يتعلمها الغالبية العظمى من الأفراد العاديين.

وإن كثيراً من المهارات والمعارف التي يتقنها الفرد العادي إنما يكتسبها بطريقة غير مقصودة دون تعلم محدد من قبل المعلم في حين يحتاج الفرد المعاق فكرياً تعليماً منظماً يقدم له بطريقة تساعده على التعلم بمعدل يتناسب مع نمو قدراته المختلفة، فهناك اعتبارات هامة ينبغي الأخذ بها عند تخطيط وتنفيذ وتقويم البرامج والأنشطة التعليمية عند تدريس ذوي الإعاقة الفكرية حتى نحقق مخرجات تعليمية مقصودة في ضوء المعرفة التامة للسلوك المدخلي للتلميذ المعاق عقلياً والمتمثل في الفهم الصحيح لخصائصه المعرفية وغير المعرفية وسلوك التعلم لديه وذلك حسب ما تفسره نظريات التعلم المختلفة. (مسعود، نجوى، 2010).

المضامين التربوية للقابلين للتعلم:

1ـ لا ينمو المعاق عقلياً بنفس معدل نمو الطفل العادي يصل معدل النمو للطفل المعاق نصف معدل نمو العادي أو ثلاث أرباعه ودرجة ذكاءهم على مقاييس الذكاء (50ـ70) أو 75 درجة.

2ـ انخفاض في القدرة العقلية والعمليات العقلية مثل ضعف القدرة على تذكر المثيرات السمعية والبصرية والقدرة على التعميم والقدرة اللفظية والتخيل والفهم والإدراك.

3ـ عدم استعدادهم للقراءة والحساب والكتابة ولا يكسبوها إلا في عمر الثامنة أو الحادي عشر وهذا يرتبط بالعمر العقلي.

4ـ يحتاج إلى سنتين لينهي سنة دراسية في الوقت المحدد ويمكن أكثر.

5ـ فترة الانتباه قصيرة وهذا بسبب المعلمين.

6ـ يعاني من مشاكل انفعالية واجتماعية تأثر على تكيفه مع الزملاء. (يحيى، خولة، عبيد، ماجدة، 2005).

أهداف البرامج التربوية والتأهيلية:

أولاً: التأهيل الشخصي:

ونعني به كل الأشياء التي تعزز شعور الطفل بذاته وحتى يتمكن الطفل من الاستقلال والاعتماد على ذاته لا بد من تعزيز الخطوات التالية:

- أن يقوم الطفل بنفسه بالعمليات الحيوية كالأكل والشرب وقضاء الحاجة

كما أن يعتمد الطفل على نفسه في النظافة كغسل اليدين واستخدام المناديل الورقية.

- إكساب الطفل القدرات الحسية والحركية ومساعدته على التحكم بها.
- تعزيز نمو الطفل اللغوي وإثراء مخزونه اللغوي من المفاهيم وتصحيح الألفاظ الخاطئة لديه وهذا باستخدام التواصل اللغوي مع الطفل.
- مراعاة الوضع النفسي للطفل ومراقبة انفعالاته وتشجيعه على الثقة بالنفس واحترام الآخرين وتقبلهم.
- تعزيز قدرات الطفل الحركية والسمعية والبصرية لاكتساب مهارات أخرى.
- تعليم الطفل مهارات معرفية تميز الأشياء كأن يميز الطفل بين الألوان والأحجام وأن يدرك الطفل قيمة الأشياء كقيمة الوقت والنقود.
- إكساب الطفل المهارات والعادات الصحية السليمة التي تضمن نمواً سليماً للطفل.

ثانياً: التأهيل والتوافق الاجتماعي:

يهتم هذا المجال بإعداد المعاق عقلياً وتأهيله للاندماج في المجتمع من خلال ما يلي:

- تعليم الطفل المهارات الاجتماعية للسلوك الاجتماعي ليتمكن من الاندماج في البيئة المحيطة به والتعامل مع الآخرين ومشاركتهم الحياة الاجتماعية.

- إكساب الطفل المهارات والخبرات الاجتماعية حتى يستطيع الطفل تكوين علاقات اجتماعية داخل البيئة المحيطة به.
- مساعدة الطفل المعاق على التعامل مع المواقف التي يتعرض لها وتشجيعه على حل المشكلات التي يواجهها خلال تعامله مع الآخرين.
- دراسة المشاكل السلوكية التي يعاني منها الطفل المعاق كالعدوانية والانسحاب لنتمكن من تحديد أسبابها وبالتالي معالجتها. (يحيى، خولة، ماجدة، 2005).

ثالثاً: التأهيل المهني:

بعد أن يتم تأهيل الطفل المعاق تأهيلاً شخصياً واجتماعياً لا بد من إعداد المعاق وتأهيله لتحقيق الاستقلالية والاكتفاء الذاتي من الناحية الاقتصادية، ويتم هذا التأهيل من خلال:

- دراسة حالات المعاقين لمعرفة إمكانياتهم وقدراتهم على العمل ومن ثم تدريبهم بما يتلاءم مع قدراتهم.
- تدريب المعاقين على المهن التي تتناسب وقدراتهم والعمل على توفير فرص العمل لهم بما يضمن لهم حياة كريمة واستقلال اقتصادي.

الاعتبارات التربوية عند تدريس المعاقين عقلياً:

1ـ أن يمر الطالب بخبرة نجاح: وذلك بالعمل على تنظيم المادة التعليمية وإتباع الوسائل التي تقود الطالب إلى الإجابة الصحيحة وذلك بإعادة النظر إلى الخطة باستمرار بما يتماشى وقدرات المعاق.

2ـ تقديم تغذية راجعة: وذلك بأن يعرف الطالب نتيجة عمله بعد أدائه مباشرة ولهذا يجب أن ينظم الدرس بطريقة تسهل على الطفل معرفة استجابته وتصميمها في حالة الخطأ.

3ـ تعزيز الاستجابة الصحيحة: حيث يجب أن يكون التعزيز مباشراً وواضحاً في حالة قيام الطفل بأداء استجابة صحيحة، وهذا التعزيز إما أن يكون مادياً مثل الحلوى أو معنوياً مثل الاستحسان الاجتماعي والمديح والإطراء وما إلى ذلك.

4ـ تحديد أقصى مستوى أداء يجب أن يصل إليه الطفل: يجب أن تراعى في المادة التعليمية المستوى الذي يمكن أن يؤديه الطفل وذلك بأن لا تكون سهلة جداً أو صعبة جداً.

5ـ الانتقال من خطوة إلى خطوة أخرى: يجب أن يسير موضوع الدرس وفق خطوات منظمة متتابعة بحيث تكمل كل خطوة الخطوة السابقة لها وتقود للخطوة اللاحقة وتسير من السهل للصعب من المحسوس للمجرد من الكل إلى التفاصيل ومن المألوف إلى غير المألوف. (يحيى، خولة، عبيد، ماجدة، 2005).

6ـ نقل التعليم وتعميم الخبرة: وذلك عن طريق تقديم نفس المفهوم في مواقف وعلاقات متعددة مما يساعد على نقل وتعميم العناصر الهامة في الموقف الذي سبق تعلمه إلى مواقف جديدة.

7ـ التكرار بشكل كاف لضمان التعلم: فالأطفال المعاقون عقلياً يحتاجون إلى تكرار أكثر من خبرة وربط بين المهارة المتعلمة والمواقف المختلفة وذلك للاحتفاظ بها وعدم نسيانها.

8ـ التأكد من احتفاظ الطفل بالمفاهيم التي سبق تعلمها: وذلـك بإعـادة تقـديم المـادة التعليمية التي سبق أن تعلمها بين فترة وأخرى.

9ـ ربط المثير بالاستجابة: من الضروري العمل على ربط المثير باستجابة واحدة فقـط في المراحل المبكرة من التعليم.

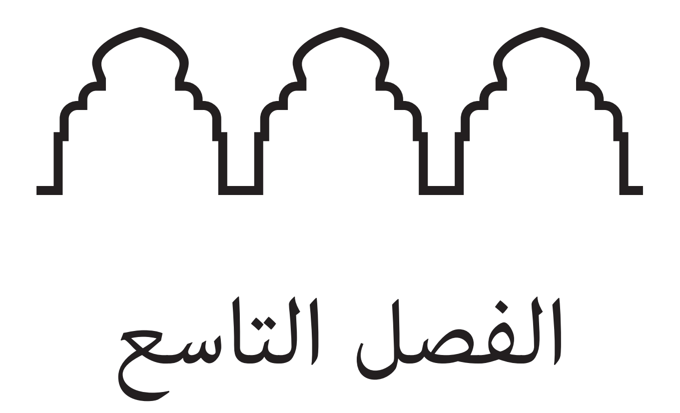
10ـ تشجيع الطفل للقيام بمجهود أكبر: وذلك عـن طريـق تعزيـز الاسـتجابة الصـحيحة والتنويع في طرق عرض المادة التعليمية والتشجيع اللفظي من قبل المدرس.

11ـ تحديد عدد المفاهيم التي ستقدم في فـترة زمنيـة معينـة: لا تشـتت انتبـاه الطفـل بمحاولة تعليمه عدة مفاهيم في موقف تعليمي واحد بل يكتفي بعرض مـادة تعليميـة واحـدة جديدة في فترة زمنية محددة وذلك بعد أن تصبح المادة التعليمية السابقة مؤلفة لديه.

12ـ ترتيب وتنظيم المادة التعليمية وإتباع تعليمات مناسـبة لتركيـز الانتبـاه: إن ترتيـب وتنظيم المادة التعليمية بطريقة تساعد على تركيز انتباه الطفل وتوجيهـه يسـاعد عـلى الانتبـاه للتعليمات في المواقف التعليمية وبالتالي تسهل عملية التعلم. (عبد الحميد، زيتون، 2003).

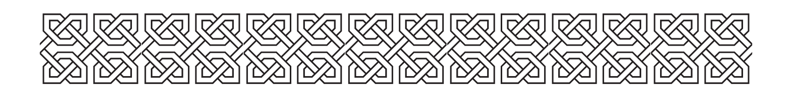


الفصل الثامن



الفصل التاسع

اللعب والفن للمعاقين عقلياً



الفصل التاسع

اللعب والفن للمعاقين عقلياً

مقدمة:

الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لهم طبيعة مختلفة عن ذويهم من العاديين حيث تختلف سيكولوجيتهم ومراحل نموهم وطريقتهم في اللعب والتعلم، وتعد التربية الفنية واللعب مدخل هام في تعليم وتدريب الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة مما يتطلب على الأخصائيين القائمين على رعاية وتدريب وتأهيل هؤلاء الأطفال وأسرهم تضمين الأنشطة الفنية واللعب في برامجهم الفردية والجماعية والهدف ليس هو تحقيق نواتج إبداعية، وإنما تتمثل قيمة هذه الأنشطة من الوجهة العلاجية في كونها وسيلة للتعبير التلقائي عن الذات، وللاتصال بالآخرين.

وعلى أهل الطفل ذو الإعاقة العقلية تشجيع الطلاب على فهم وتذوق الفنون الجميلة والموسيقى واكتساب المهارات، ويستطيع بعضهم التفوق في مهارة أو أكثر لدرجة تدعو للتقدير والإعجاب. (محمود، 2006).

تعريف اللعب عند ذوي الحاجات الخاصة:

ترتبط حياة الطفل العادي وكذلك الطفل من ذوي الحاجات الخاصة باللعب وتطور مراحل النمو حيث أن اللعب يعتبر ميزة من مميزات مراحل

الطفولة لأن الطفل يقضي معظم وقته باللعب ويتعلم سلوكه من خلاله، ومن خلال الخبرات التي اكتسبها أثناء ممارسته للألعاب.

ويمكن القول أن اللعب يترك بصمات واضحة على الأطفال المعاقين وبالتالي يشكل مخزوناً معرفياً يرتبط بفهمه لما يحيط بالطفل المعاق.

ويظهر سلوك اللعب عند الأطفال المعاقين عبر مراحل النمو المتتابعة، بدءاً بمرحلة الرضاعة فالطفولة، فالمراهقة ثم الرشد، ويعتبر اللعب وسيط تربوي هام يكمل تكوين الطفل العادي وحتى المعاق عبر مراحل نموه، ويسهم اللعب بدور هام في التكوين النفسي للفرد وتكمن فيه أسس النشاط الذي يعيشه عبر تلك المراحل.

واللعب بالنسبة للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة يعتبر مدخل أساسي لنمو الطفل عقلياً ومعرفياً واجتماعياً وانفعالياً، إذ يبدأ الطفل من ذوي الحاجات الخاصة باللعب من خلال التعرف على الأشياء وتصنيفها، ويتعلم مفاهيمها ويعمم فيما بينها على أساس لغوي، إذاً هنا يكمن دور المربي والمدرب للطفل في التعلم.

أما عن تعريف اللعب للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة:

هو نشاط موجه أو غير موجه يقوم به الطفل المعاق من أجل تحقيق المتعة والتسلية وتنمية القدرات العقلية والجسدية.

كما يمكن لنا تعريف اللعب لهذه الفئة بـ:

نوع من التصرف الإنساني قد يكون فردياً أو جماعياً يؤدي وظائف هامة في حياة الطفل المعاق كالتعرف على العالم المحيط به وتعلم الأدوار الحياتية

المختلفة السائدة في مجتمع ما. وعن طريقة يكتسب الطفل المعاق العديد من المهارات والخبرات وينمي قدراته وإمكاناته.

إذاً من هذا المنطلق يكون اللعب عند المعاقين كمصطلح عام يؤدي إلى:

استغلال الطاقة الجسمية المتبقية (الحركية) والعقلية في جلب المتعة النفسية للطفل المعاق ولا يتم اللعب دون طاقة عقلية.

أهمية اللعب عند المعاقين:

يكتشف الطفل المعاق (الإعاقة العقلية ـ التوحد ـ السلوكية ـ الانفعالية) من خلال اللعب الكثير عن نفسه، وعن البيئة التي يعيش فيها بحيث يعمل على تسخيرها لمصلحته وباللعب يلبي الطفل المعاق رغبته من المشاركة في حياة ويوفر له الفرصة المناسبة لتطوير ذاكرته وتفكيره وخياله. وهناك أهمية علاجية للعب تساعد الطفل المعاق تأتي من خلال:

أن الطفل الذي يعاني من (توحد أو إعاقة عقلية أو اضطرابات سلوكية وانفعالية) يعاني من توترات ومخاوف نتيجة الضغوط المفروضة عليه من نفسه والبيئة والمحيطين به، من هنا تأتي أهمية اللعب بالنسبة للمعاقين في علاج مثل:

المخاوف، إذ يستخدم اللعب العلاجي مع الأطفال المعاقين لمساعدتهم في التعبير عن انفعالاتهم كما يستخدم للتنفس عن القلق والتوتر بالنسبة للأطفال الذين لديهم إعاقات (اضطرابات انفعالية).

أما عن أهمية اللعب للطفل التوحدي تحديداً أو من لديه إعاقات انفعالية وسلوكية وكذلك أطفال متلازمة داون كأداة لمعرفة الذات حيث يتعلم

هذا الطفل من خلال اللعب التمييز بين الواقع والخيال ويساعد في الإحساس بالذات ويتعرف على علاقته بموضوعات العالم المحيط به فيبدأ هؤلاء الأطفال في تكوين صورة عن ذاتهم وبأن ذاتهم تتميز عن الآخرين.

ومن خلال اللعب يستوعب الطفل معايير السلوك الاجتماعي (التوحدي، متلازمة داون) من خلال اختلاطه مع الآخرين ويكتسب بالتدريج القدرة على تنظيم سلوكه وفقاً للمعايير المرغوب فيها لهذا السلوك. (سوزانا، ميلد، 1987).

وتأتي أهمية اللعب للأطفال الذين لديهم إعاقة عقلية أو اضطراب توحدي أو مجمل الإعاقات حيث يكون للعب دوراً كبيراً في نمو النشاط العقلي المعرفي وفي نمو الوظائف العقلية كالإدراك والتفكير والذاكرة عند الطفل، فاللعب هنا يساعد على أن يدرك من حوله وأن يتحكم فيه ويتمكن منه ومن خلال اللعب يتعرف الطفل من ذوي الحاجات الخاصة على الأشكال والألوان والأحجام والحروف والأعداد. هنا لا نغفل أهمية النمو العقلي الذي يرتبط بالنمو الجسمي الذي يجب أن يشبعه الطفل بكل ما أوتي من قوة وبأية وسيلة كانت، لذلك لا بد أن يتميز اللعب هنا بتعلم بعض المفاهيم مثل أعلى وأسفل أو جاف أو لين، كبير وصغير، وتسهم خبرات اللعب عن الأطفال بمجملهم في إنماء معارف الطفل عند بناء وترتيب الأشياء في مجموعات فيتعلم الطفل كيف يصنف الأشياء ويدرك ما يفعل.

أهمية اللعب للطفل التوحدي في النمو الاجتماعي تأتي من خلال تعاونه مع الآخرين إذ أن الطفل التوحدي لديه نزعة أنانية فباللعب يتعلم

مشاركتهم الخبرات ويتعاون معهم ويتدرب على مهارات الأخذ والعطاء ويكتسب مكانة معقولة وسط جماعة رفاقه ويتعلم الطفل التوحدي أو من لديه أي نوع من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عقد علاقات اجتماعية مع الغير ويوسع من دائرة اتصالاته مع الآخرين، كيف يواجه ويحل المشكلات.

ومن ناحية أخرى هناك أهمية للعب بالنسبة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في النمو الانفعالي، إذ أن من أهم جوانب الصحة النفسية للأطفال يكمن في مشاعرهم وأحاسيسهم نحو أنفسهم فتساعد أنشطة اللعب الإبداعية الأطفال لتكوين وضبط انفعالاتهم فالطفل التوحدي على سبيل المثال يواجه مواقف (ربح أو خسارة) تؤدي به إلى غليان انفعالي، لكن في مثل هذه الحالة هناك تعليمات لا بد أن نُعرف بها الطفل حتى يقبل أو يكون مستعداً لقبول نتائج مهما كانت ربحاً أم خسارة وبالتالي فإنه يتعلم ضبط انفعالاته والتحكم فيها.

إن اللعب بالنسبة لهؤلاء الأطفال يعتبر مصدر أمان للانفعالات وهو أفضل وسيلة للتعبير الواضح عما يشعر به فإذا انتبهنا على الأسلوب الذي يخاطب نفسه ويخاطب به ألعابه سنعرف الكثير من عالمه الداخلي ونصبح أقدر على مساعدته للوصول إلى درجة كافية من النصح والكمال. (فاضل، 1999)، (الهنداوي، 2003).

المبادئ العامة في تصميم الأنشطة لتعليم الأطفال المتخلفين عقلياً:

1ـ تعزيز الإجابة الصحيحة للطفل، فالتعزيز يقوي السلوك، لذا يجب أن يكون فورياً ومناسباً للطفل.

2ـ التركيز على المحاولات الناجحة وعدم التركيز على خبرات الفشل.

3ـ استخدام الأدوات والوسائل التي تساعد الطفل على نجاح مهمته (مثل اللون الأخضر هو لون العشب واللون الأبيض لون السكر...).

4ـ استخدام الأدوات والوسائل الطبيعية في عملية التدريب ما أمكن ذلك.

5ـ جذب انتباه الطفل عن طريق تنظيم المثيرات والابتعاد عن المشتتات.

6ـ الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى الأكثر تعقيداً.

7ـ استخدام التعلم الزائد أي التكرار والإعادة كي تصبح الاستجابة تلقائياً.

8ـ تدريب الطفل في جلسات قصيرة نسبياً.

9ـ التركيز على النواحي العملية للمواد الدراسية مثل عمليات البيع والشراء والمهارات الاجتماعية. (يحيى، 2011).

إن موضوع مناهج وأساليب التدريس غير العاديين من الموضوعات الهامة في مجال التربية والتعليم للأطفال غير العاديين وهو يشمل الإجابة عن السؤالين الرئيسين وهما:

ما الذي نعلمه للأطفال المعاقين عقلياً؟

كيف نعلم الأطفال المعاقين عقلياً؟

ويلخص السؤال الأول عن محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقلياً وأما السؤال الثاني يلخص أساليب التدريس المناسبة لهم؟ (الروسان، 2001).

تختلف الأنشطة حسب درجة التخلف، إلا أنها تركز على الفئتين الأساسيتين وهما:

1ـ الناحية العلاجية: وتشمل التعليم الفردي أو في مجموعات صغيرة أو في غرفة المصادر ويتعلم فيها الطفل المهارات المطلوبة بطرق حسية ومن خلال تكيف المنهاج لتلائم تطور الطفل الخاص.

2ـ الدعم: الدعم داخل الصف لاستيعاب المطلوب وتشجيعه على التواصل مع الآخرين. (الروسان، 2001).

ومن البرامج المعتمدة لذوي التخلف العقلي:

1ـ برنامج التعلم التعاوني:

يتم تقسيم الطلبة إلى مجموعات صغيرة وتتعاون للوصول إلى الهدف المطلوب، وتشير الدراسات إلى استفادة الطالب من زميله أكثر من استفادته من المدرس وقد اعتمد هذا البرنامج في مدارس الدمج في المدارس.

2ـ برنامج الحتمية الذاتية:

يهتم بالناحية النفسية والحياتية إضافة للبرامج الأكاديمية، عن طريق زيادة ثقة الفرد بنفسه من خلال الفرص المتعددة حيث يتم تعليمه كيف يسيطر على ظروف حياته عن طريق التدريب على إثبات شخصيته حتى يصل إلى السيطرة الذاتية وتحقيق الذات.

3ـ البرنامج السلوكي:

يعتمد على دعم السلوك الإيجابي من خلال المكافئة بدلاً من العقاب على السلوك السيئ.

4ـ برنامج تطور المهارات الاستقلالية:

إن الهدف الرئيسي للتربية الخاصة هو مساعدة ذوي الحاجات الخاصة للوصول بهم إلى الاستقلالية والاعتماد على الذات ضمن قدراتهم وإمكاناتهم لذا تعد المهارات الاستقلالية جزءاً مهماً في برامج المعوقين، وهنالك العديد من المفاهيم التي تعبر عن مفهوم المهارات الاستقلالية ومنها:

1ـ المهارات الاستقلالية Independent functioning skills.

2ـ مهارات الحياة اليومية Daily living skills.

3ـ المهارات المعيشية Life skills.

حيث ركزت المناهج على أهمية تعليم المعوقين النشاطات والمهارات الروتينية مثل اللباس والعناية الذاتية وتناول الطعام والطبخ والتدريب المنزلي والتعامل بالنقود.

تعد هذه المهارات ركناً أساسياً في حياة كل الأطفال العاديين وغير العاديين وهي أساس لبناء أشكال أخرى من المهارات الضرورية للمعوقين عقلياً. (الروسان، 2001).

أساليب تدريب الأطفال المعاقين عقلياً:

(Task Analysis Approach)

أولاً: أسلوب تحليل المهمة:

معظم السلوك البشري هو سلسلة من الاستجابات البسيطة المتتالية والمرتبطة ببعضها بشكل وظيفي لذا يمكن تجزئة السلوك إلى استجابات التي يتكون منها حتى يسهل على الطفل تعلمها وإنجازها ويتم تدريب الطفل على الاستجابة الأولى وبعد إتقانها ننتقل إلى الاستجابة الثانية وهكذا حتى يتعلم كل الاستجابات وبشكل منطقي وسليم.

مثال: مهارة غسل اليدين.

1ـ أن يرفع الطفل أكمام القميص.

2ـ أن يفتح الطفل صنبور الماء.

3ـ أن يمسك الطفل قطعة الصابون.

4ـ أن يرغي الطفل الصابون على اليد من خلال الفرك.

5ـ أن يغسل يديه بالصابون.

6ـ أن يغلق الطفل صنبور الماء.

7ـ أن ينشف يديه بالمنشفة.

8ـ أن يعيد الطفل المنشفة إلى مكانها.

9ـ إعادة ما تم رفعه من أكمام القميص. (يحيى، 2011).

ثانياً: التشكيل (التقريب المتتابع) Shaping:

تدعيم وتعزيز السلوك الذي يقترب من السلوك المرغوب.

ثالثاً: الحث أو التلقين Prompting:

الحث: هو مثير تميزي إضافي يتم تقديمه بهدف المساعدة في أداء السلوك.

التلقين: نوع من المساعدة المؤقتة لمساعدة الطفل على إكمال العمل عندما يعجز الطفل عن أداء مهارة ما، ويتم التخفيف من التلقين بالتدريج حتى يتوقف تماماً.

أنواع التلقين:

1ـ التلقين الإيمائي: مثل الإشارة والنقر والتصفيق.

2ـ التلقين اللفظي: باستخدام الكلمات وإذا كان الطفل يفهم اللغة بشكل جيد.

3ـ التلقين الجسدي وتشمل:

أ ـ المساعدة الجسدية المتكاملة (مسك اليد).

ب ـ المساعدة الجزئية (مساعدة جزئية باليد). (الروسان، 2001).

رابعاً: النمذجة Modeling:

وهي عملية ملاحظة وتقليد لسلوك ما ويتم تعليم الطفل القيام بالسلوك من خلال تقليده ما شاهده ولتحسين عملية التعلم عن طريق النمذجة يؤخذ بالاعتبار ما يلي:

1ـ التبسيط.

2ـ عرض المهارة التي يتطلب من الطفل تقليدها.

3ـ تكرار عرض المهارة حتى يتمكن الطفل من أداء المهمة. (يحيى، 2011).

التعلم باللعب:

أكدت البحوث التربوية أن الأطفال كثيراً ما يخبروننا بما يفكرون فيه وما يشعرون به من خلال لعبهم التمثيلي الحر واستعمالهم للدمى والمكعبات والألوان والصلصال وغيرها، ويعتبر اللعب وسيطاً تربوياً يعمل بدرجة كبيرة على تشكيل شخصية الطفل بأبعادها المختلفة؛ وهكذا فإن الألعاب التعليمية متى أحسن تخطيطها وتنظيمها والإشراف عليها تؤدي دوراً فعالاً في تنظيم التعلم، وقد أثبتت الدراسات التربوية القيمة الكبيرة للعب في اكتساب المعرفة ومهارات التوصل إليها إذا ما أحسن استغلاله وتنظيمه.

تعريف أسلوب التعلم باللعب:

يُعرّف اللعب بأنه نشاط موجه يقوم به الأطفال لتنمية سلوكهم وقدراتهم العقلية والجسمية والوجدانية، ويحقق في نفس الوقت المتعة والتسلية؛ وأسلوب التعلم باللعب هو استغلال أنشطة اللعب في اكتساب المعرفة وتقريب مبادئ العلم للأطفال وتوسيع آفاقهم المعرفية. (اللبابيدي، خلايلة، 1993).

أهمية اللعب للأطفال المعاقين:

1ـ إن اللعب أداة تربوية تساعد في إحداث تفاعل الطفل مع عناصر البيئة لغرض التعلم وإنماء الشخصية.

2ـ يمثل اللعب وسيلة تعليمية تقرب المفاهيم وتساعد في إدراك معاني الأشياء.

3ـ يعتبر أداة فعالة في تفريد التعلم وتنظيمه لمواجهة الفروق الفردية وتعليم الأطفال وفقاً لإمكاناتهم وقدراتهم.

4ـ يعتبر اللعب طريقة علاجية يلجأ إليها المربون لمساعدتهم في حل بعض المشكلات التي يعاني منها بعض الأطفال.

5ـ يشكل اللعب أداة تعبير وتواصل بين الأطفال.

6ـ تعمل الألعاب على تنشيط القدرات العقلية.

7ـ يتعلم التعاون واحترام حقوق الآخرين.

8ـ يساعد في نمو الذاكرة والتفكير والإدراك والتخيل.

9ـ يكتسب الثقة بالنفس والاعتماد عليها ويسهل اكتشاف قدراته واختبارها. (اللبابيدي، خلايلة، 1993).

أنواع الألعاب التربوية:

1ــ الدمى: مثل أدوات الصيد، السيارات والقطارات، العرايس، أشكال الحيوانات، الآلات، أدوات الزينة... الخ.

2ـ الألعاب الحركية: ألعاب الرمي والقذف، التركيب، السباق، القفز، المصارعة، التوازن والتأرجح، الجري، ألعاب الكرة.

3ـ ألعاب الذكاء، مثل الفوازير، حل المشكلات، الكلمات المتقاطعة.. الخ.

4ـ الألعاب التمثيلية: مثل التمثيل المسرحي، لعب الأدوار.

5ـ ألعاب الغناء والرقص: الغناء التمثيلي، تقليد الأغاني، الأناشيد، الرقص الشعبي.. الخ.

6ـ ألعاب الحظ: الدومينو، الثعابين والسلالم، ألعاب التخمين.

7ـ القصص والألعاب الثقافية: المسابقات الشعرية، بطاقات التعبير. (مرعي، الحيلة، 1998).

دور المعلم في أسلوب التعلم باللعب:

1ـ توفير الألعاب من بيئة الطالب.

2ــ استغلال هذه الألعاب والنشاطات لخدمة أهداف تربوية تتناسب وقدرات واحتياجات الطفل.

3ـ توضيح قواعد اللعبة للطلاب.

4ـ ترتيب المجموعات وتحديد الأدوار لكل طالب.

5ـ تقديم المساعدة والتدخل في الوقت المناسب.

6ـ تقويم مدى فعالية اللعب في تحقيق الأهداف التي رسمها. (اللبابيدي، خلايلة، 1993).

شروط اللعبة:

1ـ اختيار ألعاب لها أهداف تربوية محددة وفي نفس الوقت مثيرة وممتعة.

2ـ أن تكون اللعبة سهلة وواضحة وغير معقدة.

3ـ أن تكون اللعبة مناسبة لخبرات وقدرات وميول الطلاب.

4ـ أن يكون دور الطالب واضحاً ومحدداً في اللعبة.

5ـ أن تكون اللعبة من بيئة الطالب.

6ـ أن يشعر الطالب بالحرية والاستقلالية في اللعب. (اللبابيدي، خلايلة، 1993).

ممارسة الفن مع ذوي الاحتياجات الخاصة:

أهمية ممارسات الفن لدى ذوي الاحتياجات الخاصة تتضح في النقاط التالية:

1ـ الاتصال بالبيئة:

إن ممارسات الفن وسيلة لتنشيط اهتمامات الفرد بالبيئة وتوثيق علاقته بهـا، ومـن ثـم يمكن أن نلاحظ أهميتها في التعبير عن أنفسهم، وكذلك في خلـق الصـلة بيـنهم وبـين الآخـرين، الذين يعانون من الوحدة والانغلاق على مشكلاتهم دون البوح بها.

2ـ الاتزان الانفعالي:

إن السماح للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بممارسة التربية الفنية هو سماح له بأن يكون عضواً مؤثراً في بيئته المحيطة به، من خلال ما تتضمنه أعماله الفنية، من وجهة نظر خاصة لا تتشابه مع الآخرين، وهذا يختلف عن بقية المواقف الحياتية الأخرى، التي يكون فيها هذا الطفل نفسه متأثراً بالآخرين

طوال الوقت، ومعتمداً عليهم، إن ممارسة التأثير في الآخـرين، والتـأثر بهـم، تحـدثان نوعـاً مـن الاتزان الانفعالي لدى هذا الطفل.

3ـ التعبير عن المشكلات دون ضبط:

إن التعبير الفني وسيلة مهمة يستطيع الفرد من خلالها أن يعبر ويـنفس عـن صراعاتـه ومشكلاته، ودوافعه دون أن يلجأ إلى عمليات الضبط أو الحذف لكل ما يراه غير ملائم للتعبـير، كما يحدث في وسائل التعبير الأخرى.

4ـ توظيف العمليات العقلية:

إن ممارسات الفن لها تأثيرها الإيجابي على الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، مـن حيـث توظيف العمليات العقلية كالملاحظة والانتباه والإحساس والإدراك والاختيار والتعمـيم والقـدرة على فهم المعلومات البصرية، وكل هذا التوظيف من المتوقع الاستفادة منـه في مواقـف الحيـاة المختلفة، ولذلك تعتبر الممارسات الفنية وسيلة وجسراً لتعليم هذا الطفل وتكيفه مـع مفـردات البيئة. (مرعي، الحيلة، 1998).

5ـ تنمية الحواس:

إن ممارسات الفن لها تأثيرها الإيجابي على تنمية الحواس، فهـي تتـيح للحـواس وبعـض من أعضاء الجسم، كالبصر واللمس التمييـز بـين الأشـكال والهيئـات والصـور والألـوان وغيرهـا، وعلى توظيف العضلات الصغيرة والكبيرة، وبالتالي اكتساب المهارات اليدوية.

6ـ الشعور بالثقة:

إن ممارسات الفن لها أهميتها لدى الكثير من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة الذين يميل بعضهم للعزلة والانسحاب، وذلك بسبب ما يترتب على

إعاقتهم من إحساس بضعف قدراتهم على التنافس والمشاركة، فتقلل هذه الإنجازات في الفن، ومن شعورهم بالقصور والدونية، وتنمي لديهم الشعور بالثقة بالنفس.

7ـ عداد أطفال غير عاديين لحياة عادية:

تختلف وظيفة التربية الفنية للفئات الخاصة عن وظيفة التربية الفنية في مدارس العاديين، فالتربية الفنية لذوي الاحتياجات الخاصة وظيفتها تكمن في إعداد أطفالاً غير عاديين للحياة العادية، في حين أن التربية الفنية في مدارس التعليم العام تعد أطفالاً عاديين للحياة، ولذلك كانت مهمة التربية الفنية لذوي الاحتياجات الخاصة أدق وأعمق وتتطلب جهوداً تربوية ضخمة.

8ـ إعادة تكيف الطفل غير العادي:

إن أهم مشكلة يواجهها الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال أنشطتها المختلفة يمكن أن تعيد تكيف الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ومع المحيطين به، فجوهر التربية عامة والتربية الفنية خاصة إنساني يهدف إلى الاهتمام بالإنسان، ويحقق سعادته ويزيح كل المعوقات التي تعرقله.

9ـ الكشف عن خصائص فنون الأفراد غير العاديين:

من خلال تحقيق أهداف التربية الخاصة من عمليات تحقيق الذات والتوافق ومن خلال الممارسات الفنية المتعددة سواء التي تجري تحت إشراف معلم التربية الفنية أو المهتمين بالدراسات النفسية يمكن الوقوف على خصائص فنون الأفراد غير العاديين على اختلاف أنواعهم، وهناك دراسات وضحت بعض مميزات رسوم الطفل الانطوائي والطفل الأصم، والطفل الذي يعاني من انحرافات انفعالية بالإضافة إلى مميزات التعبير الفني للطفل الموهوب.

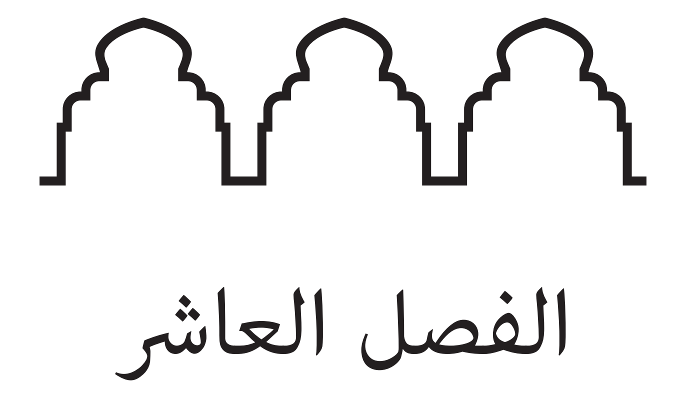
10ـ العلاج بالفن:

إن ممارسات الفن الموجهة إلى أغراض تشخيصية وعلاجية، تقوي دفاعات النفس تجاه مصادر ومسببات الأمراض النفسية، وتساعد المريض على تأسيس ما يسمى بالميكانيكية الدفاعية في سلوك بناء، كما يتعلم دفاعات جديدة.

والفنون تساعد الأطفال على أن يفهموا ويدركوا الأمور ويفسروا ويتخيلوا الرسائل التي تأتي من خلال الإحساسات المختلفة، وتساعدهم على نمو وتطوير وتقوية المهارات الإدراكية تلك التي تشكل الأساس للتعلم فيما بعد. (اللبابيدي، خلايلة، 1993).

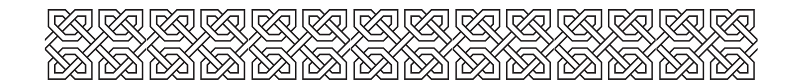






الفصل العاشر

صعوبات التعلم



الفصل العاشر

صعوبات التعلم

مقدمة:

علم صعوبات التعلم من الموضوعات الواسعة في ميدان التربية الخاصة. حيث أصبح هناك اهتمام بشكل واضح بالأطفال التي تعاني من شكل ما من أشكال صعوبات التعلم أو التأخر الدراسي أو تدني التحصيل أما فيما مضى- أي خلال العقود الثلاث السابقة فقد كان اهتمام التربية الخاصة منصباً على أشكال الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية والسمعية والبصرية والحركية.

من هذا المنطلق أصبح لدينا عدة تسميات مختلفة على هذه الفئة من الأطفال التي تعاني من ظاهرة صعوبات التعلم مثل:

1ـ الأطفال ذوي الإصابات الدماغية البسيطة minimally brain injured.

2ـ الأطفال بطيئو التعلم slow lerarners.

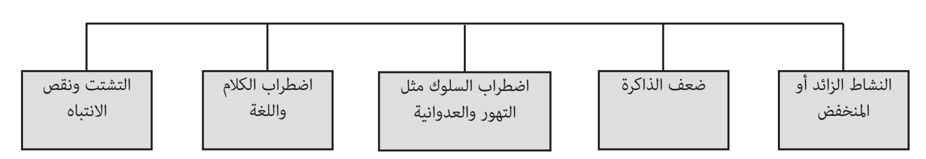
3ـ المتعسرون في القراءة dyslexic.

4ـ الأطفال ذوي المشكلات الإدراكية perceptually disabled.

كما أطلق مصطلح الإعاقة الخفية على هذه الفئة من الأطفال ولقد تم الاتفاق بين أخصائي التربية الخاصة على أن مصطلح صعوبات التعلم أكثر المصطلحات قبولاً في ميدان التربية الخاصة.

يجمع موضوع صعوبات التعلم بين عدد من العلوم التي ساهمت في دراسته مثل علم النفس وعلم الأعصاب وعلم أمراض الكلام والطب وعلم اللغة وعلم السمعيات وعلم البصريات وعلم الجينات والتربية الخاصة والتدريس العلاجي.

المؤشرات على وجود صعوبات التعلم عند الطلاب



(الخطيب وآخرون، 2009)، (كوافحة، 2007)، (ريما وآخرون، 2007).

تعريف الحكومة الاتحادية لصعوبات التعلم:

الاضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية والمتضمنة في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة والتي يمكن أن تعبر عن نفسها من خلال نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو الكتابة أو التهجئة ويتضمن الاصطلاح حالات الإعاقة الإدراكية وإصابات الدماغ والخلل الدماغي البسيط والديسلكسيا والحبسة الكلامية النمائية لكن الاصطلاح لا يشمل مشكلات التعلم الناتجة أساساً عن الإعاقات البصرية أو السمعية أو الحركية أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي أو الحرمان البيئي والثقافي والاقتصادي.

(حبيب، زينب، 2005)، (عادل، عبد الله ، 2005).

تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم NJCLD:

مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر على شكل صعوبات في اكتساب واستخدام الاستماع والكلام والقراءة والكتابة والاستدلال أو المهارات الحسابية وتلك الاضطرابات ناشئة من داخل الأفراد أنفسهم وتحدث في أي وقت خلال فترة حياته وقد تحدث مشكلات في السلوكيات التنظيمية والاجتماعية، ويفترض أن سببها الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي المركزي (Hallhand, etal, 2012) يمكن أن تظهر صعوبات التعلم بشكل مصاحب لحالات الإعاقة الأخرى (كالإعاقات الحسية أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي) إلا أنها ليست ناتجة عن تلك الحالات أو المؤثرات. (عادل، عبد الله ، 2005)، (القمش، 2011).

العوامل التي توضع في الاعتبار في تعريف صعوبات التعلم:

في الواقع هناك ثلاث عوامل تم تضمنها في بعض هذه التعريفات دون غيرها:

1ـ حدوث اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي: وهذا لاحظه المختصون على الأطفال الذين يظهرون خصائص سلوكية معينة مثل التشتت والنشاط المفرط ومشكلات اللغة واضطرابات الإدراك وعلى ذلك فإن مصطلح اختلال الأداء الوظيفي استخدم ليحل محل الإصابة أو التلف ولا يعني اختلال الأداء الوظيفي بالضرورة حدوث تلف في أنسجة الدماغ ولكنه يدل بدلاً من ذلك على حدوث أداء وظيفي غير جيد للمخ أو للجهاز العصبي المركزي على حد سواء.

2ـ اضطراب في العمليات السيكولوجية.

3ـ التفاوت بين نسبة الذكاء ومستوى التحصيل.

لقد تعرض تعريف الحكومة الاتحادية لنقد واسع وعلى أثر ذلك جاء تعريـف اللجنـة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم كتعريف بديل عن تعريـف الحكومـة الاتحاديـة أمـا أبـرز جوانب النقد لتعريف الحكومة الاتحادية:

1ـ أشار التعريف للعمليات النفسية: لكن البحوث العلمية اللاحقة أثبتت عدم جـدوى البرامج الإدراكية (السمعية والبصرية).

2ـ عدم إشارة التعريف للعوامل الداخلية المسببة لصعوبات التعلم: في حـين أن اللجنـة الوطنية المشتركة أشارت إلى أنها ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي.

3ـ عدم إشارة التعريف للراشدين ذوي صـعوبات الـتعلم: حيـث أن تعريـف الحكومـة الاتحادية استخدام اصطلاح الأطفال ذوي صعوبات الـتعلم مـما يعنـي أنهـم اعتـبروا صـعوبات التعلم بمثابة اضطراب في الطفولة فقد اعتبروا الصعوبات التعليمية حالة مستمرة.

4ـ عدم إشارة التعريف للمشكلات الاجتماعية ومشكلات التنظيم الذاتي.

5ـ أشار التعريف لاصطلاحات يصعب تعريفها بدقة: فتعريف الحكومـة الاتحاديـة قـد شمل عدة اضـطرابات مثـل الاضـطرابات الإدراكيـة والديسلكسـيا والخلـل الـدماغي الـوظيفي البسيط وجميعها اصطلاحات يصعب تعريفها بدقة.

6ـ الالتباس الذي أثاره معيار الاستثناء: فتعريف الحكومة الاتحادية استثنى أن تكون الصعوبات التعليمية ناتجة أساساً عن الإعاقات الأخرى كالإعاقة البصرية أو السمعية أو العقلية لكنه لم يكن واضحاً فيما إذا كان بالإمكان أن تترافق حالات صعوبات لتعلم مع تلك الإعاقات.

7ـ إشارة التعريف إلى التهجئة: حيث أشار تعريف الحكومة الاتحادية إلى مشكلات التهجئة في حين أن تعريف اللجنة الوطنية لا يرى ضرورة في تضمين صعوبات التهجئة في التعريف لكونها متضمنة في صعوبات الكتابة. (Hallhan, Detal, 2006). (جرار، عبد الرحمن، 2008).

إن تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم يسمح بمصاحبة الإعاقات الأخرى لحالات صعوبات التعلم البصرية. إشارة تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم إلى المشكلات والمهارات الاجتماعية.

والملاحظ أيضاً أن كلا التعريفين السابقين لم يشيرا إلى الخاصية المميزة لصعوبة التعلم وهي الانخفاض غير المتوقع في التحصيل.

والملاحظة الأخيرة التي يمكن إضافتها بشأن تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم تتعلق بإشارة التعريف إلى إمكانية مصاحبة صعوبات التعلم لإعاقات أخرى والمشكلة الأساسية في هذا الجانب هو إدراجهم للإعاقة العقلية ضمن تلك الإعاقات والواقع أنه يجب استثناء الإعاقة العقلية من تلك المجموعة، صعوبات التعلم تتمثل في أني قدراتهم العقلية عادية.

وتعريف الإعاقة العقلية يشير إلى أن القدرات العقلية للأفراد المعاقين عقلياً تنخفض عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين وبمعنى آخر هل يمكن أن

يكون الفرد عادياً ضمن حدود المتوسط في قدراته العقلية وفي نفس الوقت يكون معاقباً عقليـاً. (Hallhan, Detal, 2006).

الملامح والقواسم المشتركة في تعريفات صعوبات التعلم:

1ـ درجات ذكاء الأفراد ذوي صعوبات التعلم تقع ضمن المدى الطبيعي (عادية).

2ـ يظهرون تبايناً كبيراً بين قدراتهم العقلية وتحصيلهم الأكاديمي.

3ـ الصعوبات التعليمية لديهم ليست ناتجة عن الاختلافـات الثقافيـة أو نقـص الفـرص التعليمية أو لفقر أو الإعاقات الأخرى (عامل الاستثناء).

4ـ غالباً ما تظهر الصـعوبات التعليميـة لـديهم في جوانـب ذات صـلة باللغـة كـالقراءة والكتابة والتواصل.

5ـ صعوبات التعلم هي مشكلة ناشئة داخل الأفراد أنفسهم وقـد يكـون سـببها الخلـل في الجهاز العصبي المركزي. (الخطيب وآخرون، 2009)، (القمش، 2011).

تصنيف صعوبات التعلم:

يمكن تصنيف صعوبات التعلم على أسـاس **محـك الشـدة** إلى صـعوبات تعلـم بسـيطة ومتوسطة وشديدة وهي في ذلك تشبه التصنيف المتبع.

كما يمكن تصنيف صعوبات التعلم على أساس **طبيعة المشكلات** حيـث يمكـن تصـنيف الصعوبات التعليمية إلى نوعين هما:

1ـ الصعوبات النمائية: وتشمل مشكلات الانتباه والذاكرة والإدراك والفهم واللغة وحل المشكلات وهي مجموعة القدرات.

2ـ الصعوبات الأكاديمية: وتشمل صعوبات القراءة والكتابة والحساب.

أما المحك الآخر للتصنيف يعتمد على **المرحلة النمائية** للفرد وبناء على تصنف الصعوبات التعليمية إلى مستوى ما قبل المدرسة ومستوى المدرسة الابتدائية ومستوى المدرسة الثانوية ومستوى سنوات الرشد.

ويعلل هؤلاء ذلك بالقول أن صعوبات التعلم لدى الذكور تترافق في الغالب مع مشكلة أخرى قد تسبب الإزعاج لمعلميهم (كالنشاط الزائد) أكثر من الإناث مما يزيد من احتمال إحالتهم لبرامج التربية الخاصة. (الخطيب وآخرون، 2009)، (السرطاوي، 2005)، (الشخص، 2006)، (ربما وآخرون، 2006).

أسباب صعوبات التعلم:

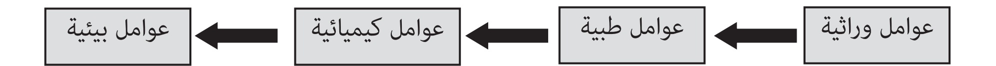
يعتقد العديد من الأخصائيين في مجال صعوبات التعلم أن العوامل العصبية هي أحد أهم الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم.

وبسبب ضعف الأدلة التي تدعم فكرة وجود تلف حقيقي في خلايا الدماغ للأطفال ذوي صعوبات التعلم تم استبدال اصطلاح التلف الدماغي باصطلاح الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

والخلل الوظيفي بهذا المعنى لا يعني بالضرورة وجود تلف في الأنسجة العصبية ولكنه يعني وجود خلل في وظائف الدماغ أو الجهاز العصبي.

ويقصد باختلاف بنية الدماغ اختلاف حجم المناطق المختلفة في الدماغ أما وظائف الدماغ فيقصد بها النشاط الذي يقوم به الدماغ.

ويمكن تصنيف الأسباب المحتملة والمؤدية للإصابة بالخلل الوظيفي العصبي لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم ضمن أربع فئات رئيسية هي: العوامل الجينية أو الوراثية، والعوامل الكيميائية السامة، والعوامل الطبية، والعوامل البيئية، وفيما يلي توضيح لكل منهما:



1ـ العوامل الوراثية:

التسمم الرصاصي فقد يؤدي إلى التلف الدماغي أو الإعاقة العقلية إذا كانت مستويات التسمم عالية وتؤدي المستويات الأقل من التسمم بالرصاص.

2ـ العوامل الطبية:



- الولادة المبكرة: قد تزيد الولادة المبكرة من خطر إصابة الطفل بالخلل الوظيفي أن 19% من الأطفال الذين ولدوا قبل أوانهم كانت أوزانهم أقل من المواليد العاديين.
- السكري: أشارت بعض الدراسات إلى أن إصابة الأطفال بمرض السكري مرشحون للإصابة بصعوبات تعليمية.

- التهاب السحايا: وهو التهاب فيروسي أو بكتيري قد يؤدي إلى تلف الدماغ.
- توقف القلب: وهي إحدى الحالات والإصابات النادرة لدى الأطفال لكن توقف القلب قد يؤدي إلى نقص الأكسجين الذي في الدماغ.
- الإصابة بالإيدز: وهو أحد الالتهابات التي تصيب الأطفال الرضع والتي تنتقل لهم من خلال أمهاتهم.

3ـ العوامل البيئية:

كأساليب التعليم غير الملائمة والتنشئة الوالدية السيئة أما التأثيرات غير المباشرة للعوامل البيئية فتتضمن الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتدنية والتي ترتبط بدورها بعوامل أخرى. (Hallhan, Detal, 2012)، (طربيه، محمد، 2007).

قياس وتشخيص صعوبات التعلم:

بعد أن كان محك التباين بين القدرة العقلية والتحصيل هو المحك التقليدي للتعرف على هؤلاء الطلبة وهو ما يعرف بمعيار الاستجابة للمعالجة الذي يشار إليه بالرمز (rti).

أولاً: معيار التباين بين القدرة العقلية والتحصيل:

إن الطالب الذي يكون تحصيله أقل بكثير من مستوى قدراته يعرف على أنه ذو صعوبة تعلمية ومنها مقارنة الدرجات المعيارية على اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل المقننة ومن الانتقادات على هذا المعيار:

1ـ إن اختبارات الذكاء ليست متنبأ جيد للقدرة القرائية.

2ـ صعوبة تقدير الذكاء بشكل دقيق للطلبة الذي يعانون من ضعف في مهارات القراءة.

3ـ صعوبة استخدام محك التباين بين الذكاء والتحصل في الصفوف الدنيا.

ثانياً: معيار الاستجابة للمعالجة ويتضمن:

1ـ تزويد الطالب بطرق فعالة في التدريس من قبل معلم الصف.

2ـ مراقبة تطور وتقدم الطالب وتقدمه.

3ـ تدريس الطلبة الذين لا يستجيبون بشكل ملائم لطرق التدريس السابقة بطرق وأساليب أخرى مكثفة.

4ـ مراقبة تقدم الطلبة مرة أخرى.

5ـ يصبح الطلبة مؤهلين لتلقي خدمات التربية الخاصة إذا لم يستجيبوا للمعالجة.

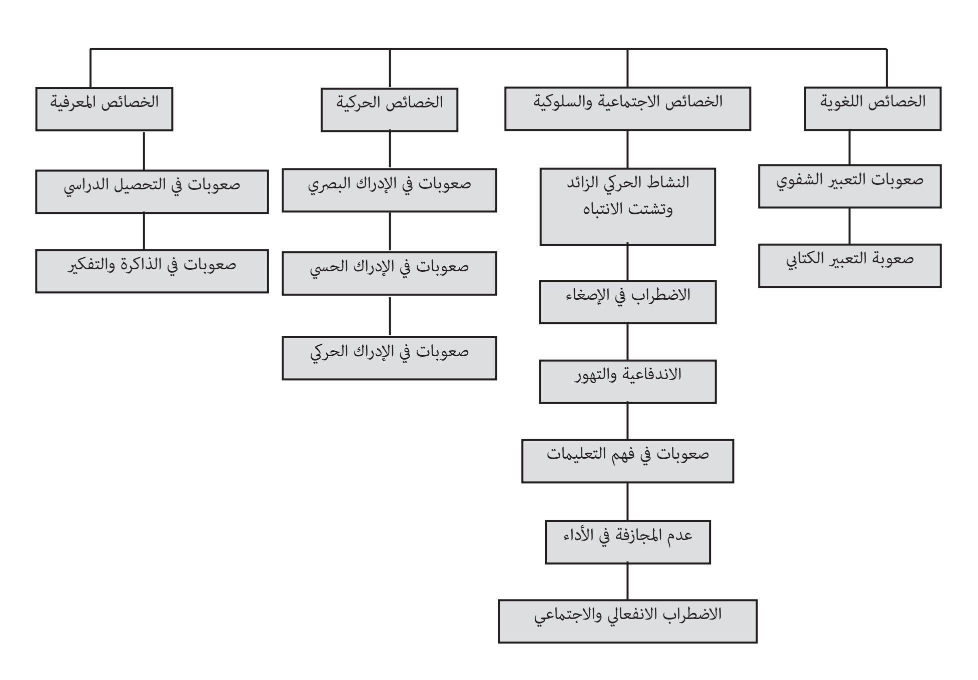
أما بالنسبة لأنواع التقييم المستخدمة في ميدان صعوبات التعلم فيمكن تصنيفها إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

1ـ التقييم المقنن للتحصيل.

2ـ التقييم البنائي.

خصائص الطلاب ذوي صعوبات التعلم

هناك العديد من الخصائص التي تلاحـظ لـدى الطـلاب ذوي صـعوبات الـتعلم إلا أنـه ليس شرطاً أن نلاحظ جميع هذه الخصائص في الطفـل نفسـه فقـد نلاحـظ بعضـها في الطفـل، ونلاحظ أخرى في طفل آخر ومنها:



3ـ التقييم غير الرسمي.

4ـ التقييم الحقيقي.

1ـ التقييم المقنن للتحصيل: اختبار وكسلر الفـردي للتحصـيل (قـراءة، تهجئـة، تعبـير..) وتقدم أدوات واختبارات التحصيل المقننة مـؤشرات عامـة عـن جوانـب القـوة والضـعف لـدى الطالب.

2ـ التقييم البنائي: يقيس التقييم البنائي بشكل مباشر سلوك الطالب من أجل متابعة تقدمه وتطوره ولا يركز على مقارنة أداء الفرد مع غيره:

1ـ قيام المعلم الطالب غالباً بإجراء هذا النوع من التقييم.

2ـ قيام المعلم بقياس السلوك الصفي بشكل مباشر.

3ـ استخدام المعلم لأسلوب التقييم البنائي من أجل تقييم تطور وتقدم الطالب.

4ـ استخدام المعلم التقييم البنائي لمراقبة فعالية التدخل التربوي (التقييم المعتمد على المنهاج).

3ـ التقييم غير الرسمي: القيام بمهمة أكاديمية معينة في حين يقوم هو بتدوين الملاحظات وتحليل الأخطاء.

4ـ التقييم الحقيقي: فقد تم الترويج للتقييم الحقيقي وهو أسلوب يهدف إلى تقييم مهارات التفكير الناقد وأحد الأمثلة على هذا النوع من التقييم الملفات الذاتية (الكوافحة وآخرون، 2007).

الخصائص النفسية والسلوكية للأفراد ذوي صعوبات التعلم:

يظهر بعضهم مشكلات في القراءة في حين أن بعضهم الآخر يظهر مشكلات في الحساب أو الكتابة أو التهجئة وبعد التأكد على فكرة عدم التجانس بين الأفراد ذوي صعوبات التعلم وعدم التجانس على مستوى قدرات الفرد الواحد نتناول فيما يلي الخصائص العامة للأفراد ذوي صعوبات التعلم.

أولاً: مشكلات التحصيل الأكاديمي:

أ ـ القراءة:

تشكل القراءة أكبر مشكلة أكاديمية بالنسبة للطلبة ذوي صعوبات التعلم والمشكلات المتعلقة بالقراءة:

1ـ فك الرموز: وهي القدرة على تحويل الرموز المكتوبة إلى لغة منطوقة ويعتمد فك الرموز بشكل كبير على ما يسمى (بالوعي الصوتي).

2ـ الطلاقة: وتعني قدرة الفرد على القراءة بشكل سلس وبدون بذل مجهود كبير.

3ـ الاستيعاب القرائي: الاستيعاب القرائي يعني قدرة الفرد على استخراج المعنى مما قرأ واستخراج المعنى هو الهدف الأسمى من عملية القراءة. (الوقفي، 2009).

ب ـ اللغة المكتوبة:

تتركز مشكلات الطلبة ذوي صعوبات التعلم في مجال اللغة المكتوبة في ثلاثة جوانب هي الكتابة اليدوية (الكتابة يدوية الخط)، التهجئة والإملاء والتعبير الكتابي، صعوبات في الكتابة اليدوية مشكلات تتعلق بجانب الميكانيكي للكتابة (الخط اليدوي).

ج ـ اللغة المنطوقة (الشفوية):

يعاني ذوي الصعوبات التعليمية من مشكلات في الاستخدامات الآلية والميكانيكية مثل تكوين الجمل والتراكيب اللغوية والدلالات الصوتية وأيضاً الاستخدامات الاجتماعية للغة فتنقصهم القدرة في الانغماس بالمحادثات التي تتطلب عطاءً متبادلاً بين طرفين. (Hallahn, Detal, 2012).

د ـ الحساب:

يتمثل في إجراء العمليات الحسابية الجمع والطرح والضرب والقسمة وكذلك حل المسائل الحسابية اللفظية.

ثانياً: مشكلات الإدراك الحسي والإدراك الحركي والتآزر:

يجد صعوبة في تمييز الكلمات التي تتشابه في صوتها مثلاً (سار، صار) وقد تتضمن مشكلاتهم في الجانب الحركي وجود مشكلات في استخدام العضلات الدقيقة (استخدام المقص أو تزرير الأزرار) أو العضلات الكبيرة (قذف الكرات والإمساك بها).

ثالثاً: اضطراب الانتباه والنشاط الزائد:

يظهر الطلبة الذين يعانون من مشكلات في الانتباه خصائص عدة مثل تشتت الانتباه والقهرية والنشاط الزائد ويتحدثون بشكل متواصل ويتصرفون بدون تفكير ويخططون جيداً.

رابعاً: المشكلات المعرفية وما وراء المعرفية:

بوجه خاص يعاني الطلبة ذوو صعوبات التعلم من مشكلات في الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العامة وتتضمن مشكلات الذاكرة قصيرة المدى صعوبة استرجاع المعلومات.

خامساً: المشكلات الانفعالية الاجتماعية:

يظهر بعض الطلبة ذوي صعوبات التعلم من مشكلات اجتماعية انفعالية وهم عرضة لهذه المشكلات أكثر من أقرانهم العاديين ويشير بعض

الباحثين إلى أن المشكلات الاجتماعية الانفعالية تظهر بشكل أكبر لدى الطلبة الذين يعانون من صعوبات في الحساب أو الذين يعانون من صعوبات في المهمات البصرية المكانية أو صعوبات التنظيم والتنظيم الذاتي باسم ذوي الصعوبات غير اللفظية.

سادساً: مشكلات الدافعية:

يكون مصدر الضبط لديهم خارجياً بمعنى أنهم يعتقدون بأن الظروف الخارجية هي التي تسيطر على حياتهم كالقدر والحظ أكثر من العوامل الداخلية وربما كانت مشكلات الدافعية أحد أصعب المشكلات وتعقيباً على الخصائص النفسية والسلوكية للأفراد ذوي صعوبات التعلم التي استعرضناها سابقاً نقول بأن تلك الخصائص تؤثر في نشاط الطالب للتعلم لذلك فإن معظم تلك الخصائص تعيق قدرة الفرد للعمل والتعلم باستقلالية. (القمش وآخرون، 2011).

نسبة انتشار صعوبات التعلم:

تتراوح بين 5ـ6% تقريباً من التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والسابعة عشرة من العمر وتعتبر فئة صعوبات التعلم هي أكبر فئات التربية الخاصة عدداً حيث أن أكثر من نصف عدد التلاميذ وتذهب العديد من السلطات إلى أن تلك الزيادة السريعة التي شهدتها فئة صعوبات التعلم في عدد أعضائها إنما تعكس في الواقع رداءة الممارسات التشخيصية وأن المعلمين يتسرعون جداً في حكمهم على الأطفال إلى أن البعض يرون أن جانباً من هذه

الزيادة قد يرجع إلى التغيرات الاجتماعية الثقافية حيث نلاحظ في هذا الإطار أن الفقر على سبيل المثال دفع بالأطفال إلى مخاطر المشكلات الطبية أما عن نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الجنسين فإن أعداد البنين الذين يعانون منها تزداد قياساً بالبنات حيث تصل النسبة بينهما إلى (3) للبنين في مقابل (1) للبنات. ويرى الباحثون أن زيادة انتشار صعوبات التعلم بين البنين إنما يرجع إلى قابليتهم البيولوجية الأكبر لذلك كما أن معدل وفيات الأطفال بين البنين يعتبر أعلى من مثيله.

بعض الاعتبارات التربوية:

1ـ التدريب المعرفي.

2ـ التدريب المباشر.

أولاً: التدريب المعرفي:

أ ـ تغيير عمليات التفكير.

ب ـ تقديم استراتيجيات للتعلم.

ج ـ تعليم الفرد للقيام بالمبادرة الذاتية أو الشخصية.

بوجه عام ينبغي على معلمي الصفوف العادية مراعاة الأمور الآتية عند التعامل مع الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية:

1ـ توظيف الحواس القوية والمفضلة لدى الطفل في عملية التدريب.

2ـ تشجيع الطفل على المشاركة في تحديد الأنشطة.

3ـ تغيير طريقة التدريب في حالة إخفاقها في مساعدة الطفل على اكتساب المهارة المطلوبة وإذا لم ينجح ذلك يصبح ضرورياً استبدال المهارة ذاتياً بمهارة أخرى.

4ـ تزويد الطفل بالفرص الكافية لممارسة ما تعلمه والحرص على الربط بين التعلم السابق والتعلم الحالي.

5ـ الحرص على صوغ أهداف واقعية قابلة للتحقق.

وهناك مجموعة معينة من الأساليب والاتجاهات التي تندرج تحت التدريب المعرفي من أهمها ما يلي:

1ـ التعليم الذاتي.

2ـ مراقبة الذات.

3ـ التعليم القائم على التدعيم.

4ـ التعليم التبادلي. (الظاهر، 2006)، (ريما، 2007).

1ـ التعليم الذاتي: يتمثل الهدف من التعليم الذاتي على دراية بالمراحل المختلفة التي تتضمنها مهام حل المشكلات وذلك أثناء قيامها بأداء تلك المهام إلى جانب امتثال سلوكهم لما يصدر عنهم من حديث وتقليد المعلم بأسلوب حل المشكلات.

2ـ مراقبة الذات: يتطلب هذا النمط أن يظل التلاميذ على وعي بسلوكهم وغالباً ما تضم مراقبة الذات مكونين: تقييم الذات + تسجيل السلوك، والتسجيل الذاتي حيث يقوم الطفل بتقييم سلوكه.

3ـ التعليم القائم على التدعيم: ويقوم التلاميذ بأداء المهام المختلفة بشكل مستقل ودون أن يحصلوا على المساعدة من المعلم.

4ـ التعليم التبادلي: إقامة حوار فعال بين الطالب والمعلم ويتولى الطالب دور المعلم وله استراتيجيات:

1ـ التنبؤ.

2ـ التساؤل.

3ـ التلخيص.

4ـ التوضيح.

ويرى **ميز** أن المعلم حينئذ يبدأ بقراءة مختارات معينة من الموضوعات ويطلب من التلاميذ التنبؤ بأشياء معينة يحددها لهم استناداً على عنوان القصة أو العناوين الفرعية المتضمنة أو غير ذلك من الخصائص المميزة للقطعة المختارة وبهذه الطريقة يتم تشجيع التلاميذ على تفعيل ما لديهم من خلفيات وبعد ذلك يقوم المعلم باستخدام استراتيجيات جيدة للتساؤل ثم التلخيص والتوضيح.

ثانياً: التدريب المباشر:

هنا التركيز على تلك التفاصيل التي تتضمنها العملية التعليمية من خلال التعليم المباشر على التحليل المنظم لذلك المفهوم الذي يتم تعلمه بحيث يتم تحليل المهمة الأكاديمية إلى عناصرها الفرعية أو الجزئية. (الخطيب وآخرون، 2009).

إضاءة:

منطقة بروكا:

قام بروكا باكتشاف هذه المنطقة سنة 1861 ووصفها بأنها «مركز نطق اللغة»، ومعظم الدراسات تتفق على أن هذه المنطقة من الفص الجبهي في النصف الأيمن هي متعلقة في المقام الأول بإنتاج الكلام. إن **مهمتها** عادةً تتعلق بالحفاظ على لائحة الكلمات وأجزاء كلمات تستخدم في إنتاج الكلام ومعانيها. وكذلك أيضاً عرف اتصالها بنطق الكلام وإنتاج المعاني أو تعيين المعاني للمفردات التي نستخدمها. وتم ربط إنتاج المعنى بالجزء العلوي من المنطقة بينما يقع النطق في مركز المنطقة الرئيسة في بروكا. ليست منطقة بروكا ببساطة هي منطقة الكلام وإنما هي مرتبطة بعملية نطق اللغة بصورة عامة. تسيطر ليس على الكلام المحكي فقط وإنما على المكتوب وعلى إنتاج لغة الإشارة أيضاً. (زريقات، 2005)، (الغزالي، سعيد، 2011).

وتنطوي بروكا على نقص في القدرة على إنتاج لغة متماسكة بما فيها اللغة المحكية والمكتوبة ولغة الإشارة. فالمصابون بهذا التلف في منطقة (بروكا) قادرون على استخدام أعضاء الكلام النطقية لإنتاج الأصوات وحتى كلمات مفردة ولكنهم لا يستطيعون إنتاج جمل أو التعبير عن أفكارهم، وإذا تحدثنا عن خصائصهم تجد أنهم في الغالب:

1ـ يجدون كلمة أو جملة قصيرة ويكررونها مرة تلو الأخرى في محاولة لتوصيل أفكارهم.

2ـ ينجحون في التوصيل ولكنهم لن يستطيعوا التعبير عن ذلك نحوياً.

3ـ يستطيعون الرسم ولكنهم لا يستطيعون كتابة كلام متماسك.

4ـ يستطيعون فهم الكلام وغالباً ما يستطيعون تكوين أفكار.

5ـ لا يستطيعون أن يضعوا الكلمات مع بعضها البعض لتوصيل أفكارهم. (الغزالي، 2011).

منطقة فيرنيك:

هذه المنطقة المختصة بتعيين المعنى للكلام. وهي مرتبطة ببعض الوظائف وخاصةً بالذاكرة قصيرة المدى المرتبطة بدورها بالتعرف على الكلام وإنتاجه وكذلك بعض وظيفة السمع والتعرف على الأشياء. وغالباً ما تعرف منطقة فيرنيك بارتباطها باستيعاب اللغة أو التعامل مع اللغة الواردة إلى الدماغ سواء كانت مكتوبة أو محكية. وهذا التمييز بين الكلام واللغة هو المفتاح لفهم دور منطقة فيرنيك في اللغة.

> إن منطقة فيرنيك تعمل مع منطقة بروكا؛ فمنطقة فيرنيك تتعامل مع الكلام الوارد وأما بروكا فتتعامل مع الكلام الصادر.

إن المصابين بتلف في منطقة فيرنيك لديهم صعوبات في:

1ـ استيعاب أو فهم اللغة بكل أشكالها.

2ـ يستطيعون التحدث بطلاقة وتكوين جمل طويلة ومعقدة ولكن كلماتهم تحتاج إلى معنى وينقصها التماسك في المعنى.

3ـ وكثيراً ما يستخدمون مصطلحات غامضة وتوصيف معمم ومكرر بحيث لا يمكن أن يتوحد ويرتقي إلى أفكار كاملة.

ومن السهل أن نلاحظ من الإنتاج الغزير للكلام عند المصابين أن العرض ليس في صعوبة إنتاج الكلام بقدر ما هو في إنتاج اللغة. وكذلك يبدو أن التلف لمنطقة فيرنيك ليس عابراً أو مؤقتاً ويمكن تعويضه في أماكن أخرى من الدماغ كما هو الحال في منطقة بروكا. (الظاهر، 2010).

الاتجاهات المفسرة والعوامل المؤثرة في صعوبات التعلم

أولاً: الاتجاهات النظرية في تفسير صعوبات التعلم:

ساهمت كثير من العلوم في دراسة مشكلة صعوبات التعلم، حيث يبدأ دور المختص في **علم النفس** في تطوير أساليب القياس وتشخيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم وفي توضيح الأساليب التي يتعلم بها الأطفال من خلال نظريات التعلم، وفي وضع البرامج التربوية والعلاجية الخاصة بتعديل السلوك. أما دور **المختص بطب الأعصاب** فيقوم بتفسير الصعوبات من وجهة نظر الطب، أما **المختص باللغويات والسمعيات والبصريات** فإنه يقوم بتوضيح المشكلات اللغوية المصاحبة لصعوبات التعلم، ويفسر طرق الإدراك البصري والسمعي، وفي نهاية المطاف يقوم **المختص بالتربية الخاصة** بوضع البرامج التربوية المناسبة للأطفال ذوي صعوبات التعلم، معتمداً على ما يسمى بالتدريس العلاجي. أما الاتجاهات فهي:

❖ الاتجاه الطبي ومضامينه التطبيقية:

يركز هذا الاتجاه على المشكلات الصحية والمرضية كأسباب لصعوبات الـتعلم، حيـث أن الاختلالات العضوية والفسيولوجية وخاصة في الجهـاز العصـبي والـدماغ والناتجـة عـن عوامـل بيولوجية مثل التهاب السحايا، والتسمم، والتهاب الخلايا الدماغيـة، والحصـبة الألمانيـة، ونقـص الأوكسجين، أو ناتجة عن عوامل بيئية مثل تعاطي العقاقير والتدخين والحوادث وسـوء التغذيـة للأم الحامل هي من الأسباب الرئيسية ـ من وجهة النظـر الطبيـة ـ لصـعوبات الـتعلم. وكـذلك الأسباب الجينية والوراثية لها كبير الأثر في ظهور صعوبات التعلم للأطفال.

أما المظاهر العصبية البيولوجية لذوي صعوبات التعلم فتبدو على الأشكال التالية:

1ـ الإشارة العصبية الخفيفة: ويبدو ذلك ظـاهراً في اخـتلال المهـارات الحركيـة الدقيقـة، نتيجة لظهور بعض الإشارات العصبية والتي تدل على وجود حالة من حالات صعوبات الـتعلم. (القمش، 2012).

2ـ الاضطرابات العصبية المزمنة: والتـي تعـزى إلى إصـابة الـدماغ قبـل أو أثنـاء أو بعـد الولادة.

3ـ خلو عائلة الفرد من الإعاقة العقلية: ويعني ذلك أن الأطفال ذوي صـعوبات الـتعلم هم من الأطفال العاديين، كما أن تـاريخهم الأسري لا يشـير إلى ظهـور حـالات الإعاقـة العقليـة لديهم أو لدى أسرهم.

❖ ثانياً: الاتجاه النفسي ومضامينه التطبيقية:

يركز هذا الاتجاه على الصعوبات التعلمية الناتجة عن الجوانب النفسية والعمليات العقلية لأن اهتمام علماء النفس منصب على فهم القدرات المعرفية والأساليب والعمليات التعلمية التي يستخدمها الفرد في التعلم، إن التلف الذي يصيب مناطق معينة من الدماغ هو المسؤول عن القصور اللغوي، وأن تلفاً في مناطق أخرى ينتج عنه اضطرابات نفسية وعصبية مختلفة.

ومن هذا المنطلق، فقد أسهم كثير من العلماء في تطوير كثير من الاختبارات النفسية والتي تؤكد على علاقة الجوانب النفسية بالصعوبات التعلمية، وعلى رأس هؤلاء العلماء:

- الفرد بينيه، صاحب أول اختبار ذكاء مقنن.
- لويس ثيرستون، والذي أكد على أن الذكاء لا يعتبر قدرة عامة، ولكنه يتكون من عدد من القدرات المحددة كالذاكرة، والطلاقة اللفظية، والتصور المكاني، والفهم اللفظي، والقدرة العددية، والإدراك السمعي والبصري الدقيقين.
- كيرك وآخرون، الذين قاموا بتطوير اختبار (الينويز) للقدرات النفسية اللغوية عام (1960) والتي صممت لتقييم القدرات النفس لغوية والتي تعتبر ضرورة لفهم واستخدام اللغة المنطوقة.
- ماريون مونرو، والتي طورت اختباراً للتشخيص القرائي.
- دورل، الذي صمم اختباراً خاصاً بتحليل صعوبة القراءة.

ومع ازدياد الاهتمام بعلم النفس العصبي، ركـزت كثـير مـن الدراسـات عـلى العلاقـة بـين العجز الوظيفي العصبي المتمثل في عجز العمليات الإدراكيـة وبـين صـعوبات الـتعلم. حيـث أكـد (كروك شانك 1980) على تلك العلاقة، وكذلك فقد أكد (جادس 1980) في كتابه الخاص بصعوبات التعلم على العلاقة بين الدماغ ووظائفه والعمليات العقلية وبين صعوبات التعلم، حيث قال:

«تعتبر سيكولوجية الأعصاب علماً يتضمن عدداً كبيراً من المعـارف التجريبيـة الأساسـية لفهم ومعالجة كل من الطفل الذي يعاني من تلف مخي والـذي يعـاني مـن صـعوبة في الـتعلم ولديه عجز في الجانب الإدراكي والمعرفي أو الحركي». (السرطاوي، السرطاوي، 1988، ص60).

❖ الاتجاه السلوكي ومضامينه التطبيقية:

ينطلق هذا الاتجاه من مبدأ صعوبة البحث في العلاقات غير المرئيـة بـين الصـعوبات في التعلم وبين العجز الوظيفي في العمليات العقليـة، وذلـك أيضـاً لصـعوبة إجـراء التجـارب عـلى الأدمغة البشرية، ويكتفي هذا الاتجاه في البحث في الخصائص السلوكية الأطفال ذوي صعوبات التعلم مثل: (عدم الثقة بالنفس، والاعتمادية على الغير، والشعور بالإحباط بسبب تكرار خبرات الفشل، التقدير الزائد للغير، العدوانية، الانعزالية، شرود الذهن، النشاط الحركي الزائـد، الإهـمال واللامبالاة، ضعف القدرة على التركيز والانتباه، اضطرابات الـذاكرة والتفكـير، وصـعوبة التوافـق الاجتماعي).

المظاهر السلوكية تعتبر مدخلاً للبرامج العلاجية السلوكية، فبـدلاً مـن أن ينصب اهتمام العلماء عـلى السـبب غـير المـرئي لصـعوبة (اضـطراب المفـاهيم،

مثلاً)، فإنه في هذا الاتجاه ينصب على تحديد الصعوبة نفسها من حيث شكلها وأبعادها وتأثيراتها على تعلم الطفل، وعليه يقوم المختصون بوضع برامج العلاج السلوكي المباشرة لتلك الصعوبة نفسها ودون البحث في أسبابها، لأن علم النفس لا يعني علم وظائف الأعضاء.

ويعتقد السلوكيين أيضاً أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم ولديهم عجز في الجوانب الإدراكية أو المعرفية أو الحركية والذي يؤثر على تحصيلهم، لا يظهر لديهم خلل فسيولوجي في أنظمتهم العصبية والتي تقوم بوظائفها بشكل تطبيقي، وأن مثل هؤلاء الأطفال يمكن معالجتهم من خلال الوسائل السلوكية والبرامج التعزيزية التي تزداد تطوراً وتركيز حسب نوع الصعوبة سواء كانت عصبية أو نفسية أو نمائية.

❖ **الاتجاه البيئي ومضامينه التطبيقية:**

يركز أصحاب هذا الاتجاه على العوامل البيئية الخارجية التي تؤدي إلى صعوبات التعلم، الحرمان من المثيرات البيئية المناسبة، وسوء التغذية والحرمان الاقتصادي والثقافي، كلها أمثلة على العوامل البيئية التي إن ظهرت فمن المتوقع أن تخلف عدد من الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم.

ويعتبر (بوش ووانك، 1976) فيركزان على أن نقص الخبرات البيئية والحرمان من المثيرات البيئية المناسبة تعتبر من المسببات الرئيسية لصعوبات التعلم.

ولقد أكد (مارتن، 1980) على أن هناك دلائل على أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر من الطبقات الاجتماعية الفقيرة يعانون من قصور في المهارات

اللغوية الأساسية خاصة عندما يـدخلون المدرسـة، وهـذا القصـور يـؤثر عـلى مهـارات القـراءة والكتابة والحساب عبر المراحل الدراسية المختلفة.

وباختصار فإن كافة الدراسات قد أكدت على «أن الأطفـال الـذين يعـانون مـن حرمـان بيئي وسوء تغذية شديدة لفترة كافية من حياتهم خاصة من سـن مبكـرة، فـإنهم قـادرين عـلى الاستفادة من الخبرات المعرفية المتوفرة لغيرهم من الأفراد الذين لم يتعرضوا لتلك العوامل».

تكامل الاتجاهات:

هنـاك تكامـل في الاتجاهـات فهـي جميعهـا تسـاعدنا عـلى فهـم العوامـل المـؤثرة في صعوبات التعلم، فالاتجاه الطبي يلقي ضوءاً معيناً على الأسـباب الفسـيولوجية التـي تـؤدي إلى صعوبات التعلم، وكذلك الاتجاه النفسي والاتجاه السلوكي والاتجاه البيئي، كـل يلقـي ضـوء مـن جهة معينة، وبالنظرة التكاملية والشاملة فـإن المهتمـين والعـاملين في ميـدان صـعوبات الـتعلم يستطيعون أن يحصروا كافة الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم بغض النظر عن منشئها.

وإن كل اتجاه يخـدم الاتجاهـات الأخـرى ويـرتبط معهـا بعلاقـات متبادلـة، ويسـعون جميعهم إلى بناء وتصميم البرامج العلاجيـة، وكـذلك يضـعون المحـددات والقواعـد للاختبـارات والمقاييس التشخيصية، للأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم. (القاسم، 2000).

ثانياً: العوامل (الأسباب) المؤثرة في صعوبات التعلم:

1ـ أسباب عضوية بيولوجية:

مثل التلف الدماغي (قصور وظيفي دماغي) الذي يستخدم عـلى نطـاق واسع كسبب لصعوبات التعلم بـالرغم مـن نقـص الأدلـة الدامغـة عـلى ذلـك،

وقد اتجه بعض العلماء نحو استنتاج وجود هذا القصور الوظيفي مما يسمى الإشارات الناعمة (غير مباشرة) (soft signs) التي تتمثل سلوكياً في المشية غير المتناسقة والخرق وازدواج اليدوية. (الوقفي، 2004).

ويؤثر القصور الوظيفي الدماغي على بعض جوانب النمو العقلي، أما (السرطاوي وسيسالم، 1978) فيذكر أن معظم المختصين أمثال (ليرنر، 1981، كالجدر وكالسون 1978، وكيرك وكالفنت 1984، وهلاهان وكوفمان 1978) قد أكدوا على ارتباط صعوبات التعلم بإصابة المخ البسيطة أو الخلل الوظيفي المخي البسيط، وأن هذه الإصابة مرتبطة بواحدة أو أكثر من العوامل الآتية:

- **إصابة المخ المكتسبة:**

وهي الإصابات الخارجية التي تؤدي إلى أذى يصيب الجهاز العصبي المركزي وينشأ عنها صعوبات في التعلم. (الوقفي، 2003).

ويتعرض لها الطفل قبل أو أثناء أو بعد الولادة، كتعرض الأم لسوء التغذية والأمراض كالحصبة الألمانية، أو تناول العقاقير والكحول، أو سقوط الأم الحامل وارتطام الجنين وذلك قبل الولادة. (القاسم، 2000).

ومن العوامل المرتبطة كذلك بالإصابات قبل الولادة للجهاز العصبي عدم التوافق بين زمرة دم الأم وزمرة دم الطفل (العامل الريزيسي)، واختلال عمل الغدد الصماء عند الأم (قصور الغدة الدرقية، والسكري وغيرها) والتعرض للأشعة وعمر الأم عند الولادة.

وتترك بعض التعقيدات التي تحدث في أثناء عملية الولادة آثاراً ملاحظة على مستقبل الطفل التعلمي تتجلى على شكل مشكلات لغوية ونقص في الانتباه نتيجة إصابة الدماغ إصابة طفيفة. (الوقفي، 2003).

كما يعتبر نقص الأكسجين، أو إصابة رأس الجنين بالأدوات الطبية المستخدمة في الولادة، والولادة المبسترة، من التعقيدات التي تحدث أثناء الولادة. كذلك فإن إصابة الطفل بعد الولادة بأمراض الطفولة مثل التهاب الدماغ، والتهاب السحايا والحصبة الألمانية والحمى القرمزية التي يمكن أن تؤثر في الدماغ وأجزاء أخرى من النظام العصبي والحوادث التي تؤدي إلى ارتجاج الدماغ، كلها من العوامل المسببة لصعوبات التعلم. (القاسم، 2000)، (السرطاوي، والسرطاوي).

بعد مقارنة أفراد أسوياء مع أفراد يعانون من صعوبات التعلم وجد بعض الاختلافات في تركيب ووظائف المخ في بعض المناطق والتي تسمى المنطقة الصدغية وهي منطقة مسؤولة عن اللغة. وقد وجد أن هذه التركيبات متساوية على جانبي المخ عند الناس الذين يعانون من عسر القراءة. بينما الأفراد الأسوياء تكون التركيبات في الجهة اليسرى أكبر منها في الجهة اليمنى.

- **عيوب في نمو مخ الجنين:**

طوال فترة الحمل يتطور مخ الجنين من خلايا قليلة غير متخصصة تقوم بجميع الأعمال إلى خلايا متخصصة ثم إلى عضو يتكون من بلايين الخلايا المتخصصة المترابطة التي تسمى الخلايا العصبية، وخلال هذا التطور المدهش قد تحدث بعض العيوب والأخطاء التي قد تؤثر على تكوين واتصال هذه الخلايا العصبية ببعضها البعض.

ففي مراحل الحمل الأولى يتكون جذع الدماغ الذي يتحكم في العمليات الحيوية الأساسية مثل التنفس والهضم. ثم في المراحل اللاحقة يتكون الفصان الكرويان الأيمن والأيسر للمخ وهو الجزء الأساسي للفكر وأخيراً تتكون المناطق المسؤولة عن البصر والسمع والأحاسيس والأخرى وكذلك مناطق المخ المسؤولة عن الانتباه والتفكير والعاطفة.

ومع تكون الخلايا العصبية الجديدة فإنها تتجه لأماكنها المحددة لتكوين تركيبات المخ المختلفة وتنمو الخلايا العصبية بسرعة لتكون شبكة اتصال مع بعضها البعض ومع مناطق المخ الأخرى. وهذه الشبكات العصبية هي التي تسمح بتبادل المعلومات بين جميع مناطق المخ المختلفة. وطوال فترة الحمل فإن نمو المخ معرض لحدوث بعض الاختلالات أو التفكك. وإذا حدث هذا الاختلال في مراحل النمو المبكر فقد يموت الجنين، أو قد يولد المولود وهو يعاني من إعاقات شديدة قد تؤدي إلى التخلف العقلي. أما إذا حدث الخلل في نمو المخ في مراحل الحمل المتأخرة بعد أن أصبحت الخلايا العصبية متخصصة فقد يحدث اضطراب في ترابط هذه الخلايا مع بعضها البعض. وبعض العلماء يعتقدون أن هذه الأخطاء أو العيوب في نمو الخلايا العصبية هي التي تؤدي إلى ظهور صعوبات التعلم في الأطفال.

2ـ أسباب وراثية (الجينات):

أي شخص يمكن أن يرث الأداء غير الطبيعي للمخ، بالرغم من أن الشخص قد يرث صعوبات التعلم، والبيئة يمكنها إحداث تغيير. مثلاً الطفل ذو صعوبات التعلم الذي يوجد في بيئة تعلم جيدة سيكون له نتائج أفضل من أي نتائج طفل فقير في بيئة التعلم.

هناك بعض المعلومات عن أكثر الأسباب شيوعاً وهي وجود موروثة خاصة بصعوبات التعلم. (موروث يعني أنه ينتقل من الوالدين إلى الطفل في «جينات»). وهي لا تحدث مختلف أنواع الإعاقة. كما أن بعض الاختلالات الوراثية ينتج منها صعوبات تعلم، مثل متلازمة داون، متلازمة فلاجيل X.

من الملاحظ أن اضطراب التعلم يحدث في بعض الأسر ويكثر انتشاره بين الأقارب من الدرجة الأولى لذا كان الاعتقاد أن له أساس جيني مع أنه يعتقد أن انتشاره في بعض الأسر يعود إلى المناخ الأسري الذي يعيش فيه الطفل.

من الموضوعات التي جلبت انتباه الدارسين لصعوبات التعلم معرفة ما إذا كان للوراثة أثر في هذه الصعوبات. وقد انتهت دراسات متعددة جرت في أقطار مختلفة وشملت أفراداً من أسر لديها أطفال ذوو صعوبات تعلمية ومقارنة توائم متماثلين يعانون صعوبة القراءة بغيرهم إلى الاستنتاج بوجود أثر قوي للوراثة في إنتاج هذه الصعوبات، حيث ظهر أن الصعوبات التعلمية أميل إلى إصابة التوأمين معاً إذا كان أحدهما يعاني منها مما هي الحال عليه لدى التوائم الأخوة. (الوقفي، 2004).

يؤكد العلماء (كالفانت، 1989) على أنه بالرغم من صعوبة التفريق بين أثر العوامل الوراثية والبيئية فإن نتائج كثير من الدراسات تشير إلى أن الأسباب الوراثية من العوامل المسببة لبعض حالات صعوبات التعلم. كما تؤثر في صعوبات التعلم في القراءة والكتابة واللغة وأن هناك ارتباط وثيق بينهما. كما وجد أن نسبة شيوع صعوبات القراءة والكتابة والتهجئة عند الأقارب تقدم دليلاً كافياً على أثر الوراثة. فالحقيقة التي تشير إلى أن هناك دليلاً على وراثة

صعوبات التعلم لا يعني بأن هؤلاء الأطفال لا يمكنهم الانتفاع والاستفادة من التعليم ولكنه يعني أن هناك صعوبة أكبر لدى هؤلاء للتعلم باستخدام طرق التدريس العادية التي يتم استخدامها عادة مع الأطفال الذين لا يتصفون عادة بمثل هذا الاستعداد أو القابلية للوراثة. (السرطاوي، والسرطاوي).

«يمكن القول هذه الأيام أن أقوى دليل يعتمد به على أن صعوبات التعلم حالة إعاقة تنشأ من الفروق في وظيفة الدماغ يأتي من الدراسات التي تجري على الأثر الجيني في انتقال الصعوبات، إذ تبين هذه الدراسات أن 50% من مجموع التباين في المعالجات الصوتية التي تسبب صعوبات القراءة يمكن عزوها إلى العوامل الجينية وقد انتهت أعمال حديثة أخرى إلى أن نمطاً واحداً على الأقل من صعوبات القراءة يمكن ربطه بمنطقة محددة من الكروموسوم 6». (الوقفي، 2004).

ومن المفيد أن يشار إلى أن صعوبات التعلم الناتجة عن اختلال الكروموسومات الجنسية غير وراثية، بمعنى أن هذه الاختلالات لا تنتقل عبر الأسر ولكنها تظهر في الفرد نفسه وتدل على عدم انفصال الكروموسومين الجنسيين، حيث يخفقان في الانفصال خلال عملية الانفصال خلال عملية الانقسام الخلوي مما يؤدي إلى وجود خلايا ذات كروموسومات شاذة في عددها.

ولقد وصفت صعوبة التعلم من الناحية الوراثية بأكثر من وصف، فقد قيل بأنها سمة متنحية وليست سائدة، ووصفت بأنها سمة وراثية متعددة الجينات، أو بأنها سمة سائدة متأثرة بالجنس. (الوقفي، 2003).

إلا أن الدراسات ما زالت غير قادرة على إثبات قطعية هذه العلاقة، ولا بد من إجراء دراسات جديدة ومتعمقة أيضاً.

3ـ العوامل الكيميائية الحيوية:

يعاني بعض الأفراد صعوبات تعلم دون أن يعانوا من أذى عصبي أو عوامل وراثية حيث افترض في مثل هذه الحالات سبباً لهذه الصعوبات إمكان وجود شذوذ إحيائي كيميائي خلوي أساسه عدم اتزان في إنتاج النواقل العصبية التي تنقل النبضات العصبية من خلية دماغية إلى أخرى بحيث يؤدي أي إخلال أو تغير في هذا التوازن الدقيقي إلى إخلال في قيام الدماغ بوظائفه بشكل ملائم مما ينتج بالتالي مشكلات تعلمية وسلوكية.

فالكحول مثلاً كما هو معروف تنتج خللاً وقتياً في كيميائية الدماغ يتبدى ظاهراً في تقطع في الكلام وضعف في التناسق الحركي وتدني في القدرة على حل المشكلات. وعلى هذه الشاكلة فإنه يقال بأن بعضاً من المشكلات كمتلازمة اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يعزا إلى عدم التوازن بين السرعة الكبيرة للنبضات العصبية وضعف إنتاج فئة من النواقل العصبية المسماة كتكولامين التي تضبط عدة أنظمة عصبية في الدماغ كالانتباه والسلوك الحركي والدافعية، بحيث لا تسمح هذه الحالة من اللاتوازن بين سرعة النبضطات وقلة إنتاج هذا الناقل بوقت مناسب للدماغ لتفعيل أنظمة الانتباه والحركة ومعالجة المعلومات (Silver, 1988). (الوقفي، 2003).

ويقصد بها التوازن الكيميائي في العناصر الحيوية في جسم الإنسان (كالحوامض، والفيتامينات،...) أي قد ينتج عن خلل أو عدم توازن غير

معروف في النواحي الكيميائية الحيوية. إن الجسم يحتوي على نسب محددة من العناصر الكيميائية الحيوية لحفظ توازن حيوية الجسم ونشاطه، وإن الزيادة أو النقصان في معدل ونسب هذه العناصر يؤثر على خلايا المخ، ويؤدي إلى النشاط الزائد ـ مثلاً ـ أو ترسب (حامض الفينالين) يعتبر من الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي. وينتج الخلل في التوازن الكيميائي للجسم عادة عن التغذية الخاطئة وتناول كثير من الصبغيات والمواد الملونة للحلويات وغيرها.

وقد قاد هذا الافتراض إلى استخدام المعالجة بالأدوية مع الأطفال ذوي الحركة والنشاط الزائد. (القاسم، 2000)، (القمش، 2011).

4ـ أسباب بيئية:

يستمر المخ في إنتاج خلايا عصبية جديدة لمدة عام أو أكثر بعد الولادة. لذا فقد وجد العلماء أنه إذا تعرض الطفل خلال هذه الفترة إلى التلوث البيئي فإنه من الممكن أن تحدث مشاكل تؤدي إلى الإصابة بصعوبات التعلم.

ترجع العوامل البيئية إلى البيت والمدرسة والمجتمع التي يمكن أن تلحق تأثير سلبي على تطور الطفل النفسي والأكاديمي وتشمل هذه العوامل الضغوطات الأسرية وعدم الكفاية التدريسية أو النقص في الخبرة التعليمية، التعرض للإصابات والإشعاعات وإضاءة الفلوريسنت والتدخين والكحول والمخدرات. ويقترح بعض الباحثين إمكان كون البيئة المدرسية الفقيرة سبباً مبدئياً لصعوبات التعلم الطفيفة. يضاف إلى ذلك اتجاهات الوالدين والمهنيين الضعيفة يمكن أن تلعب دور في إضعاف دافعية الأطفال والتي يعانون منها لقناعتهم المكتسبة بمحدودية قدراتهم. (الوقفي، 2004)، (الكوافحة، 2007).

إن للعوامل البيئية أثر على صعوبات التعلم، ومن الملاحظ أن أكثر الحالات شيوعاً في أوساط الأطفال الذين ينتمون للطبقات الاجتماعية الأقل حظاً، ويعتقد أن سوء التغذية ومحدودية الفرص للنمو والتعلم المبكر من الأسباب ذات الصلة ويتفق كل من (لوفيت، 1987) و(أنجلمان، 1977) على أن الفقر الواضح في فرص التعليم وسوء التعليم في برامج ما قبل المدرسة أهم صعوبات التعلم.

أما (الروسان، سالم، صبحي، 1994) فيضيفون إلى أسباب صعوبات التعلم التي ذكرت سابقاً الأسباب التالية:

- **عوامل غير معروفة:**

إن صعوبات التعلم كغيرها من الإعاقات تعزى في كثير من الأحيان إلى أسباب غير معروفة خاصة إذا لم يكن هناك دور لكافة العوامل التي ذكرت كأسباب لإعاقة، وعليه فقد اعتبر العلماء بأن هناك أسباب كثيرة قد تسبب صعوبات التعلم وهي غير معروفة علمياً حتى الآن.

- **المؤثرات غير المباشرة:**

وهي أسباب ذات علاقة بظهور صعوبات التعلم عند الطفل ولكنه في الوقت ذاته ليست أسباباً مباشرة لها مثل:

1ـ المؤثرات الجسمية: كضعف البصر وضعف السمع الذي لا يصل إلى حد الإعاقة.

2ـ المؤثرات النفسية: كتراجع في الذاكرة البصرية أو تأخر في اللغة والنطق، وانعكاسات ذلك نفسياً على الطالب.

3ـ المؤثرات البيئية كجو الأسرة المشحون والبيئة المدرسية والمتعلقـة بسـلوك المـدرس أو سلوك التلاميذ الآخرين.

- **عوامل أدائية غير طبيعية في الدماغ:**

وهي من أسباب العجز عن التعلم، ولكن سوء الأداء الدراسي يمكن أن يعزى إلى عوامـل أخرى. على سبيل المثال:

إذا لم يكن أحد في البيت لمحادثة الطفل، ويساعد الطفل على تعلم كيفية التفاعـل مـع العالم، فيعاني الطفل من التأخر الاجتماعي أو الفكري.

تناقض الأسلوب الشخصي للتعلم للآباء أو المدرسـين مـع أسـلوب الطفـل (مثـل الـتعلم البصري للكبار، والحركي في الطفل)، الذي يتعلم من العمل وليس من الرؤية فيبدو أن العجز في تعلم الطفل.

- **عوامل في الطفولة المبكرة:**

هناك عدة عوامل في الطفولة المبكرة يمكن أن تساهم في تأخر نمو الدماغ:

- بيئة تعليمية فقيرة بسبب تعليم الآباء خاصة.
- الحرمان العاطفي (العزلة أو الإهمال في الطفولة).
- السـموم في البيئـة (مثـل الكـادميوم والرصـاص والزئبـق والعـلاج الكيميـائي لسرطان الطفولة).
- إصابات الجهاز العصبي المركزي.
- الأمراض المزمنة مثل الربو والسكري.
- سوء التغذية.
- أورام أو صدمة الدماغ.



الفصل الحادي عشر

الإعاقة السمعية

الفصل الحادي عشر

الفصل الحادي عشر

الإعاقة السمعية

المقدمة:

تبدأ حاسة السمع عند الجنين في الأسبوع السادس عشر على الرغم من أن الأذن نفسها تأخذ شكلها النهائي المكتمل في الأسبوع الرابع والعشرين، يسمع خلالها نبضات قلب أمه، وتدفقات الدم، وكل ما يصله عبر جدار البطن والرحم إضافة إلى صوت المعدة والأمعاء، وعند الولادة يمتلك الجنين قدرة سمعية مطابقة تقريباً لقدرتنا نحن البالغين على السمع (العلبي وطالو، 1986). إن حاسة السمع تمكنه من سماع الأصوات وتمييزها، بالإضافة إلى معرفة وتحديد الاتجاه الذي صدرت منه هذه الأصوات (الدباغ)، وقد ثبت علمياً أن حاسة السمع لدى الجنين تكون عاملة قبل أن يولد، تتأثر وتستقبل الصوت، ويترك الصوت أثره في الجنين بطريقة لا يدركها العلم، ولكن يعلمها الله رب العالمين. (العلبي وطالو، 1986).

كيف نسمع الأصوات؟ تصدر الأصوات عن جسم مهتز، مثل الجرس اليدوي الذي يهتز فيحدث صوتاً وتصدر الآلات الموسيقية أصواتاً عندما تهتز الأوتار أو الأغشية فيهتز الهواء على شكل أمواج تسمى الأمواج الصوتية

تصل إلى الأذن يمكن إدراكها على شكل صوت، تكون سرعتها حوالي (760) ميلاً في الساعة، وتحتوي على ذبذبات تقاس تردداتها بالهيرتز Hertz. (الدباغ).

تصل الموجات الصوتية إلى الأذن فتؤثر على طبلة الأذن الموجودة على شكل غشاء رقيق في نهاية القناة السمعية للأذن، يتصل هذا الغشاء الرقيق بمجموعة من العظام والسوائل داخل الأذن ويتولى نقل الاهتزازات إلى الأعصاب السمعية داخلها، والتي تقوم بدورها بنقل الأحاسيس السمعية إلى الدماغ فيتم إدراك الصوت وتمييزه، يتراوح مستوى ذبذباتها من (20ـ20.000) هيرتز، وكلما زادت ذبذبات الصوت أصبح جهورياً أو عالياً، فذبذبة صوت الإنسان تتراوح بين (100ـ8.000) هيرتز عادة، فسبحان من أبدع خلقه. (عبد العزيز، 2005).

تقاس حدة السمع بالديسيبل (DesiBle, DB) (وحدات نسبية من حدة الصوت) وهو أدنى فرق بين صوت وآخر يمكن أن تسمعه الأذن البشري. (سيلمان واللبلاوي، 1426هـ).

تقدم حاسة السمع ثلاث مهام رئيسة هي:

- التقاط الأصوات Detect Sounds.
- تحديد مواقع الأصوات واتجاهاتها Determine of Location.
- إدراك الأصوات وفهمها Recognizing، مما يجعل للإصابة بفقدان السمع تأثير واضح في التطور اللغوي والكلام يتطلب الحاجة إلى خدمات متخصصة تساعد الفرد على التفاعل والانسجام مع المجتمع. (الزريقات، 2009).

الإعاقة السمعية (Hearing Impairment):

يحد الانحـراف في السـمع الجهـاز السـمعي مـن القيـام بوظائفـه عنـد الفـرد المصـاب ويُضعف من قدرته على سماع الأصوات فيجعـل منطوقـه اللغـوي غـير مفهـوم، وتعـرف هـذه الحالة باسم الإعاقة السمعية.

تشمل الإعاقة السمعية كمفهوم عـام فقـدان السـمع بكـل أنواعـه ودرجاتـه، المعـوقين سمعياً وضعاف السمع. وتنتج عن عوامل مختلفة، كالوراثة، والمشـكلات الخلقيـة، أو الأمـراض والإصابات، فوجود عجز في القدرة السمعية يعني وجود مشـكلة في الجهـاز السـمعي وأجـزاءه: في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية أو في العصب السمعي الموصل إلى الـدماغ وهـذا مـا يسمى بنوع الإعاقة السمعية، أما نسبة وكيفية الاضـطراب الـوظيفي للجهـاز السـمعي فيمثـل درجة الإعاقة السمعية. (القريوتي والدقاق، 2006).

تعريف الإعاقة السمعية (Defining Hearing Impairment):

مصــطلح القصــور الســمعي (Hearing Impairment) أو الإعاقــة الســمعية مــن المصطلحات العامة التي استخدمت لتميز أي فرد يعاني من فقدان السـمع بغـض النظـر عـن درجة القصور السمعي التي يعاني منها وفي إطار هذا المصطلح العـام يـتم التمييـز بـين فئتـين رئيسيتين هما: الصم (Deaf) وضعاف السمع (Hard hearing)، ويتم الاعتماد على قياس اللغـة الاستقبالية (Receptive language) واللغة التعبيريـة (Expressive language) والـذخيرة الكلاميـة للفرد (Lexicon) والتقييم الوظيفي السـلوكي (Functional Behavioral Assessment) لتشـخيص

الإعاقة السمعية من حيث نوعها ودرجة فقدان السمع: البسيط، المتوسط، شديد، أو شديد جداً، وهي إعاقة تحرم الفرد من التواصل اللغوي مع الآخرين دون استخدام المعينات السمعية. (الزريقات، 2009).

أنواع الإعاقة السمعية:

- الأطفال الصم (Deaf): ولدوا وهم فاقدين السمع، أو لديهم عجز في فهم الكلام وتعلم اللغة ولا يمكنهم الاستفادة من حاسة السمع أثناء ممارستهم الحياة اليومية العادية، ويقسم إلى:

أ ـ الصمم قبل اللغوي (Prelingual): يحدث أثناء الولادة، قبل مرحلة اكتساب اللغة والكلام في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

ب ـ الصمم بعد اللغوي (Postlingaul): تحدث بعد سن الخامسة وقد اكتسب بعض مفاهيم اللغة ومفردات الكلام فيحافظ على تلك المفردات والمفاهيم، ويزيدها ويطورها إذا توفرت له ظروف تربوية مناسبة (Hallahan & Kauffman, 2012)، (القريطي، 2005).

- ضعاف السمع (Hard of hearing): يكون الفقدان السمعي لدى الفرد جزئي أقل من 70 dB، فحاسة السمع تقوم بوظيفتها بدرجة ما، تساعده بمعالجة المعلومات اللغوية فهو يدرك ما يدور حوله ما دام في حدود قدرته السمعية. (القريطي، 2005)، (القريوتي والدقاق، 2006).

إن التمييز بين الفئتين يتوقف على نوع التوجيه المهني الذي ينتمي إليه أحد الأخصائيين أو آخر، والذي غالباً ما يكون توجيهاً طبياً أو فسيولوجياً أو توجيهاً تربوياً. (Hallahan & Kauffman, 2012).

تصنيفات الإعاقة السمعية:

صنفت الإعاقة السمعية من وجهات نظر متعـددة، عـلى أسـاس وظيفـي يُعنـى بتـأثير فقدان السمع ودرجته على فهم الكلام والاستعداد لتعلم اللغة والكـلام ومـا يتضـمن ذلـك مـن احتياجات تربوية خاصـة، وعـلى أسـاس كمـي (Quantitative) كـما في التصـنيف الفسـيولوجي فحددت درجة فقدان السمع بوحدة صوتية تسمى الديسيبل (DeciBels)، أمـا الأسـاس الطبـي فيُعنى بتشخيص طبيعة الخلل الذي يصيب الجهاز السمعي.

- **التصنيف الطبي:**

يصنف التشخيص الطبي الصمم وفقاً لطبيعة الخلل في الجهاز السمعي، إلى:

- **صمم توصيلي Conductive:**

يحدث عند إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى فلا تتم عملية نقـل الموجـات الصوتية التي يحملها الهواء إلى الأذن الداخلية، وبالتالي لا تصل المخ. مثل: ثقـب في طبلـة الأذن، تكدس المادة الشمعية الدهنية في قناة الأذن الخارجية. (الزريقات، 2009).

- **صمم حسي ـ عصبي Sensor-neural:**

ينتج عن الإصابة في الأذن الداخلية أو تلف في العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يمنع وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية فلا تتحول إلى نبضات عصبية في المخ ولا يفسرها المركز العصبي. يكون وراثياً أو

خلقياً لتعرض الأم للإصابة خلال فترة الحمل بالحصبة الألمانية مثلاً أو الالتهاب أو الحمى. (القريطي، 2005)، (Hallahan & Kauffman, 2012).

- **صمم مختلط أو مركب Mixed Hearing loss:**

ويجمع هذا الشكل بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية الحس عصبية تتداخل أسبابه وأعراضه لذا يصعب علاجه. (القريطي، 2005)، (Hallahan & Kauffman, 2012).

- **صمم مركزي Central:**

يحدث عند وجود خلل يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية فيه، أو عندما يصاب الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، ويعود السبب للإصابة بالأورام أو الجلطات الدماغية أو إلى عوامل ولادية أو مكتسبة. (القريطي، 2005)، (Hallahan & Kauffman, 2012).

- **صمم هستيري Hysterical:**

يرجع إلى التعرض لخبرات انفعالية وضغوط شديدة وغير طبيعية غير محتملة. (سليمان واللبلاوي، 1426هـ).

- **التصنيف الفسيولوجي:**

يعتمد الفسيولوجيين على درجة فقدان السمع لدى الفرد ويتم قياسها بأساليب موضوعية، ومقاييس سمعية تحدد عتبة السمع التي يُستقبل عندها الصوت، مستخدمين الوحدات الصوتية (Decibels, dB) والهرتز لقياس مدى حساسية الأذن للصوت. (Hallahan & Kauffman, 2012).

وردت عدة تصنيفات، منها:

- عادي السمع: (0ـ 24) ديسيبل.
- بسيط: (25ـ 39) ديسيبل وقد تكون لديه صعوبة في فهم الكلام خاصة في المسافات الطويلة نسبياً.
- متوسط: (56ـ 70) ديسيبل وتتنوع لديه الصعوبات والمشكلات الكلامية، صعوبة حادة في فهم الكلام حتى مع الكلام ذي المرتفع.
- شديد: (71ـ 89) ديسيبل ولديه صعوبة شديدة في الكلام حتى مع الكلام ذي الصوت المرتفع جداً ودائماً يستخدم المعين السمعي وغيره.
- فقدان سمعي عميق: 90 فأكثر ديسيبل ويعتمد بشكل كلي على الإشارات لأنه حتى مع استعمال المعينات السمعية يعجز عن فهم الكلام. (Hallahan & Kauffman, 2012)، (القريطي، 2005).

وفيما يلي بعض معايير الأصوات المعروفة:
▪ صوت التنفس الطبيعي: 10 ديسيبل. ▪ صوت حفيف الأشجار: 50 ديسيبل. ▪ صوت الإنسان العادي: 30 إلى 60 ديسيبل. ▪ صوت جرس التليفون: 70 ديسيبل. ▪ صوت المدفع الرشاش: 130 ديسيبل. ▪ صوت محرك الطائرة النفاثة: 140 ديسيبل.

- **التصنيف التربوي:**

يربُط بين درجة فقدان السمع وتأثيرها على فهم وتفسير الكلام وتميزه، القدرة الكلامية واللغوية، والاحتياجات التربوية والتعليمية وبرامجها الخاصة المترتبة عليها.

جدول رقم (1)

درجات الفقدان السمعي وتأثيرها على فهم اللغة والكلام، والحاجات التعليمية

فئات فقدان السمع	أثر درجة الفقدان على الفهم والكلام واللغة	الحاجات التعليمية
بسيط Slight (25ـ39 ديسيبل)	▪ يواجه صعوبات ضعف السمع، سماع الكلام من مصدر بعيد. ▪ صعوبات في فهم الموضوعات الأدبية اللغوية.	▪ عرض الحالة على الإدارة المدرسية. ▪ الاستفادة من المعينات السمعية عند وصول الفقدان الـ40 ديسيبل. ▪ الاهتمام بالمفردات، الجلوس في الصفوف الأمامية، وجود إضاءة كافية. ▪ تعلم قراءة الشفاه عند اللزوم، تدريبات فردية على الكلام وعلاجه.
خفيف Mild (40ـ55 ديسيبل)	▪ فهم المحادثة الكلامية من بعد 3ـ5 أقدام عند مواجهة المتكلم. ▪ يفقد 50% تقريباً من النقاش الدائر داخل الصف إذا لم يكن في مواجهة المتحدث أو كان الصوت منخفضاً. ▪ ضعف وصعوبة في نطق بعض الكلمات.	▪ يعرض على أخصائي تربية خاصة لوضع خطة تربوية مناسبة للحالة. ▪ استخدام المعينات السمعية والتدرب على استخدامها الصحيح. ▪ يوضع في صف خاص بالمعوقين سمعياً خاصة صغار السن. ▪ تعلم قراءة الشفاه، والمشاركة في المناقشات، وتصحيح عيوب النطق.
متوسط Moderat (56ـ70 ديسيبل)	▪ يمكنه فهم المحادثات والمناقشات ذات الصوت المرتفع. ▪ صعوبة في المشاركة في المناقشات الجماعية.	▪ يعرض على أخصائي تربية خاصة لوضع خطة تربوية مناسبة للحالة. ▪ يوضع في صف خاص بالمعوقين أو المساعدة من خلال غرف المصادر.

فئات فقدان السمع	أثر درجة الفقدان على الفهم والكلام واللغة	الحاجات التعليمية
متوسط Moderat (56ـ70 ديسيبل)	▪ اضطراب وعيوب في النطق والكلام. ▪ قصور في استخدام اللغة، مما يؤدي إلى عدم فهمها واستيعابها كفاية. ▪ حصيلة محدودة من المفردات اللغوية.	▪ مساعدة خاصة في التدرب على تعلم المهارات اللغوية كالمفردات والقراءة وقواعد اللغة. ▪ يحتاج سماعة، وتدريب سمعي. ▪ تعلم قراءة الشفاه، والمشاركة في المناقشات، وتصحيح عيوب النطق. ▪ تركيز الانتباه في المواقف السمعية والبصرية (قراءة الشفاه).
شديد Severe (71ـ90 ديسيبل)	▪ سماع الأصوات العالية من مسافة 1 قدم من الأذن. ▪ يميز بين الأصوات المختلفة البيئية. ▪ عيوب في النطق وقصور في الكلام واللغة قابل للتفاقم.	▪ رعاية خاصة تربوية مناسبة للحالة (برامج خاصة للصم). ▪ الاهتمام بالمهارات اللغوية ونمو المفاهيم وقراءة الشفاه والكلام والتركيز عليهم. ▪ تدريب سمعي مستمر تقديم الخدمات الشاملة والجماعية. ▪ استخدام السماعات، يدمج في الصفوف العادية كلما كان مفيداً لنموه.
عميق أو حاد Profound (91 فأكثر ديسيبل)	▪ يشعر بالذبذبات الصوتية أكثر من شعوره بالنغمات والنبرات الصوتية. ▪ يعتمد على حاسة البصر عند الاتصال مع الآخرين. ▪ عيوب في النطق والكلام قابلة للتفاقم، وربما عجز لغوي وكلامي تام.	▪ يحتاج للانضمام إلى فصول وبرامج خاصة، والتركيز على المهارات اللغوية. ▪ تدريب على قراءة الشفاه. ▪ حاجات الاتصال الشفهي واليدوي واستمرار تقييمها. ▪ تدريب سمعي فردي وجماعي. ▪ البقاء في الصف العادي لفترات قصيرة مع الحرص والمراقبة.

(الزريقات، 2009)، (القريطي، 2005)، (Hallahan & Kauffman, 2012).

القياس والتشخيص:

يستخدم في الكشف عن الإعاقة السمعية طرق وأساليب متعددة، تتضمن الملاحظة والاختبارات السمعية المبدئية، والمقاييس الدقيقة بالأجهزة السمعية الخاصة. (القريطي، 2005) حيث تقسم هذه الطرق والأساليب في القياس والتشخيص إلى قسمين، هما:

1ـ الطرق التقليدية في تشخيص القدرة السمعية، (الروسان، 2010) منها:

- اختبار الشوكة الرنانة Tuning fork: يقوم الطبيب باختبار مساري الهواء والعظم من خلال الشوكة الرنانة حيث يزداد السمع عن طريق اهتزاز العظم إذا ما كان هناك انسداد في قناة الأذن ويقل إذا ما كان السبب من العصب. (التخصصي للاستشارات الطبية).
- اختبارات الهمس Whispering: تتطلب من الفاحص الوقوف خلف الطفل أو بجانبه ومخاطبته بصوت خفيض أو هامس، مع الابتعاد عنه تدريجياً حتى الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها، ويجري هذا الاختبار بالنسبة لكل أذن على حدة بعد تغطية الأذن الأخرى. (الروسان، 2010)، (القريطي، 2005).
- اختبار دقات الساعة Watch Test: حيث يطلب من المفحوص أن يغمض عينيه أثناء الوقوف عند النقطة التي يسمع عندها الفرد العادي صوت الساعة، ويتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يسمع

دقاتها، ثم تحسب المسافة، فإذا ما كانت أقل من نصف المسافة لدى العاديين، فإن المفحوص عندها ضعيف السمع. (الروسان، 2010)، (القريطي، 2005).

2ـ الطرق العلمية الحديثة في قياس القدرة السمعية: وغالباً ما يقوم بهذه الطرق أخصائي، ويطلق عليها مصطلح Audiologist، ومنها:

أ ـ طريقة الخريطة السمعية للنغمة النقية Pure-tone Audiometry: يحدد أخصائي السمع عتبة القدرة السمعية (Hearing Threshold) للفرد، وهناك نوعان:

- التوصيل الهوائي Air Conduction عبر ميكرفون يصف الحاسة السمعية في الأذن الخارجية والوسطى.
- التوصيل العظمي Bone Conduction يصف وظائف قوقعة الأذن. (الروسان، 2010)، (الزريقات، 2009).

ب ـ القياس السمعي الكلامي Speech Audiometry: يقيس قدرة الفرد على التواصل، وهناك نوعان:

- العتبة المطلقة لاستقبال الكلام (Speech Reception Threshold, SRT) تعمل على تحديد أدنى شدة يستطيع الفرد فيها إعادة الكلام من مقطعين لفظين بشكل صحيح.
- قياس فهم الكلام (Speech Understanding Task, SUT) يقيس قدرة المستمع في التمييز بين الأصوات الكلامية المتشابهة جداً والحكم على المعلومات الصوتية. (الروسان، 2010)، (الزريقات، 2009).

ج ـ مقياس ويبمان للتمييز السمعي (Wepman Auditory Discrimination Test) صـمم هذا الاختبار للتمييز بين الأصوات المتجانسة، ويقدم للفئـات العمريـة مـن سـن 5ــ 8 سـنوات. ويعتبر من الاختبارات الفردية المقننة، يهدف إلى قياس قدرة المفحـوص عـلى التمييـز السـمعي لثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة. (الروسان، 2010).

د ـ اختبار المعاوقة Impedance Audiometry: قدرة طبلة الأذن على نقل الموجات الصوتية ـ الاهتزاز والحركة ـ وذلك بتسجيل الأصوات المرتدة على الجانب الداخلي من طبلة الأذن المواكبـة لتغير الضغط شديد الارتفاع أو شديد الانخفـاض فـلا يـتم نقـل الصـوت بشـكل جيـد. (التخصصي ـ للاستشارات الطبية).

أسباب الإعاقة السمعية:

تعتبر عوامل قبل الولادة أكـثر مـن نصـف الأسـباب المؤديـة للصـمم الـدائم أو ضـعف السمع، ويرجع ثلثها إلى أسباب جينية وراثية، والثلث الثـاني بيئـي أو مكتسـب نتيجـة التعـرض للفيروسات والبكتريا والتسمم، أما الثلث الأخير فلم تحدد أسبابه، خلال فـترة الحمـل أو عمليـة الولادة. بالإضافة إلى بعض الأمراض والإصابات التي تؤدي إلى فقدان السمع بعد الـولادة. حيـث تقسم الأسباب (Hallahan & Kauffman, 2012)، كما يلي:

الأسباب الجينية Genetic Causes:

1ـ أسباب وراثية:

- قد يكون خطأ في تركيب الجينـات أو الكروموزومـات الحاملـة لصـفات

الضعف السمعي منقول من الوالدين في حالات زواج الأقارب. (القريطي، 2005).

- متلازمة داون (Down Syndrome) يعانون من قنوات سمعية ضيقة، ومعرضون للإصابة بأمراض الأذن الوسطى ينتج عنها فقدان سمعي. (Hallahan & Kauffman, 2012).
- أطفال الشفة المشقوقة Cleft palates معرضون للإصابة بأمراض الأذن الوسطى ينتج عنها فقدان سمع توصيلي. (Hallahan & Kauffman, 2012).
- عدم توافق الريزيسي (Incompatibility, Rh) في دم الأم الحامل ودم الجنين (وذلك عندما يكون دم الأم سالب، ودم الابن موجب)، ويمكن التغلب على ذلك بإعطاء الطفل لقاح لهذا العامل بعد الولادة خلال الأيام الثلاثة الأولى. (عبد العزيز، 2005).
- متلازمة خلل تعظم الفك والوجه Treacher Collins Syndrome، إذ تتضمن اتساع الفم، وبعض العيوب الخلقية في عظام الوجه، مرض وراثي ينتقل بصفة وراثية سائدة، مع أن نصف الحالات تكون بسبب طفرة عضوية نادرة الحدوث، يؤدي لانسداد ولادي لمجرى السمع الظاهر وصغر حجم الأذن، تتميز بتشوهات العظم الوجني والأذن الخارجية والوسطى ويوصف مظهر الوجه، بوجه الطير bird like، أو وجه السمك fish like. (عبد الحي، 2008).

2ـ أسباب غير وراثية:

- إصابة الأم الحامل ببعض الفيروسات خصوصاً في فترة الحمل الأولى (الثلاثة أشهر الأولى) مثل: الحصبة الألمانية، الالتهاب السحائي، والجدري، والتي ينتج عنهم إعاقة سمعية للجنين.
- تناول الأم الحامل لبعض العقاقير الضارة خلال فترة الحمل، مما ينتج عنه إعاقة سمعية، وأحياناً يحدث تسمم للحمل.
- حدوث مضاعفات للأم أثناء الولادة مما يضطر الطبيب لاستخدام عملية الشفط لإخراج الجنين.
- قد يضطر الطبيب لإعطاء الأم مخدراً أثناء عملية الولادة القيصرية.
- حالات التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين، تؤدي إلى نقص في كمية الأكسجين الواصل له محدثة اليرقان، ومن ثم الإعاقة. (Hallahan & Kauffman, 2012).

3ـ أسباب بيئية Environmental Causes:

أ ـ الأسباب التي تصيب الأذن الخارجية والوسطى:

1ـ أسباب خلقية في صيوان الأذن أو القناة السمعية أو طبلة الأذن.

2ـ تكون كمية كبيرة من صماخ الأذن في قناة السمع بالأذن الخارجية.

3ـ الالتهابات والأورام التي تصيب الأذن مثل الالتهاب السحائي، مما ينتج عنه صديداً، ويُحدث انسداد لقناة استاكيوس.

4ـ حدوث ثُقب في الطبلة، والتهابات صديدية بالطبلة.

5ـ إصابة العظيمات الثلاث بالتيبس. (المطرقة، السندان، الركاب).

6ـ إدخال أشياء غريبة في قناة الأذن الخارجية، وما قد يحدث من إتلاف بها.

7ـ الحُميات بأنواعها، والالتهابات التي تصيب الحلق واللوزتين للأطفال وما ينتج عنها من التهابات للأذن الوسطى.

8ـ التعرض المكروه للضجيج قد يؤدي إلى ضعف السمع. (الخطيب وآخرون، 2011)، (عبد الحي، 2008).

ب ـ الأسباب التي تصيب الأذن الداخلية:

1ـ وجود الفيروسات مثل الالتهاب السحائي، بعض أنواع البكتريا، وبعض الحُميات التي تصيب العصب السمعي، كل ذلك قد يسبب تلفاً للأذن الداخلية، فينتج عنه إعاقة سمعية.

2ـ وجود عيوب خِلقية بالقوقعة أو العصب السمعي، أو المراكز السمعية بالمخ.

3ـ التعرض الشديد ولفترات طويلة لسماع الأصوات المزعجة. (عبد الحي، 2008).

نسبة انتشار الإعاقة السمعية:

يتأثر تحديد نسبة انتشار الإعاقة السمعية على عوامل ترتبط باختلاف تعريفها، المجتمع المدروس، وجود اختبارات أدواته، وشمولية الخدمات المقدمة

لهم، بالإضافة لتقدم عمر الناس، فالإعاقة السمعية هي ثالث أكبر إعاقة صحية مزمنة تصاحب مرحلة الشيخوخة (الخطيب وآخرون، 2011).

نسبة انتشار الإعاقة السمعية بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 6ـ 17 سنة حوالي 0.14% تقريباً. (Hallahan & Kauffman, 2012).

فالإعاقة السمعية في الأردن في المرتبة الثانية في نسبة انتشارها، حيث تشكل نسبة 1% من مجموع الإعاقات الأخرى وفقاً لإحصاءات عام 2000. (الزريقات، 2009).

تناقصت أعداد المصابين بالإعاقة السمعية خلال العقد الأخير بنسبة 12%، وذلك بسبب تطور الرعاية الصحية، وتوافر الأدوية المضادة للوقاية من الحصبة أو السحايا، والتحسن والتقدم التكنولوجي للسماعات الطبية الذي ساهم في تسهيل التعليم الأكاديمي الشفوي للطلبة دون الحاجة إلى برامج خاصة. (الزريقات، 2009).

خصائص الأفراد المعاقين سمعياً:

1ـ الخصائص الأكاديمية:

- لديه مشكلات في المعالجة الشفوية للمعلومات، عدم فاعلية أسباب التدريس.
- يصعب عليه الاستماع لمتحدث يبعد عنه متراً واحداً.
- لا يقدر على ملاحظة جوانب معينة في الكلام، والحوارات التعليمية داخل الصف.

- يستخدم المعينات السمعية والمساعدات على السمع.
- يتحرك في الصف حتى يقترب من مصدر الصوت. (Hallahan & Kauffman, 2012)، (عبد العزيز، 2005).

2ـ الخصائص المعرفية:

- إن مستوى ذكاء الأطفال المعاقين سمعياً لا تقل عن مستوى ذكاء أقرانهم من العاديين.
- يعتمد على عوامل التعزيز البصري، وصعوبة إدراك المفاهيم اللفظية وقلة التركيز.
- انخفاض الدافعية لمواصلة التعلم لفترة طويلة، يؤدي لتحصيل منخفض.
- لديه مهارات فهم قرائي أقل من مستوى الصف، نتيجة لتأخره اللغوي.
- يحتاج إلى تكرار وتوضيح مستمر للتعليمات والمحتوى، سرعة نسيان المعلومات، وعدم الاحتفاظ بها.
- اللغة المكتوبة لديه ضعيفة، ولديه مشكلات في اللغة الشفوية (بالنسبة لضعاف السمع). (التهامي، 2006).

3ـ الخصائص الاجتماعية والانفعالية والسلوكية:

- صعوبة في الاتصال اللفظي مع الآخرين، يميل لتجنب المواقف الاجتماعية والميل إلى المواقف الفردية كي يتفهموا تعبيرات المتكلم بالملاحظة البصرية دون إزعاج أو ضجيج.

- يميلون إلى العزلة في مواقفهم الحياتية لإحساسهم بالعجز عن التواصل، ويفضلون الأنشطة الفردية.
- النضج الاجتماعي لذوي الإعاقة السمعية أقل بنسبة 15ـ20% من المستوى العادي.
- إن تأثير الإعاقة السمعية على الجانب النفسي للفرد ويختلف من فرد إلى آخر، فهم يعبرون عن غضبهم بعصبية ويظهرون ميولاً للعدوان الجسدي، ولكن لا يعني أن عدم التوافق النفسي هو نتيجة حتمية للإعاقة السمعية. (الزريقات، 2008).

4ـ خصائص الكلام واللغة:

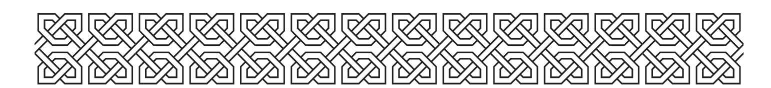
- يظهر تناقضاً واضحاً بين لغة الاستقبال ولغة التعبير، ويستخدم تركيبات لغوية غير مناسبة.
- لديه نمط حديث متمركز حول الذات.
- تتصف لغتهم غير غنية بالمفردات والمعاني، ويوصف الكلام ـ على قلته ـ بالبطء والنبرة العالية.
- لديه صعوبة في ترتيب الكلمات وصعوبات في الاتصال ويهمل نهايات الجمل. (Hallahan & Kauffman, 2012).





الفصل الثاني عشر

الإعاقة البصرية



الفصل الثاني عشر

الفصل الثاني عشر

الإعاقة البصرية

Visual Impairment

المقدمة:

الإعاقة البصرية هي إحدى فئات الإعاقة التي تستفيد من برامج التربية الخاصة والبرامج الداعمة لها.

الإعاقة البصرية مستويات متفاوتة في الشدة وفي التأثير على النمو الإنساني بأبعاده المختلفة.

الإعاقة البصرية تتمثل في ضعف البصر بشكل ملحوظ، وقد تعني الفقدان الكلي للبصر. (القمش والمعايطة، 2007). وفي كلتا الحالتين فإن الأداء التربوي يؤثر سلبياً بشكل ملحوظ ولذا فإن تعليم الفرد دون اللجوء إلى البرامج بالغاً الصعوبة والتعقيد.

وستتناول في هذا الفصل بعض المفاهيم المتعلقة بالإعاقة البصرية مثل التعاريف المختلفة لأنواع الإعاقة البصرية وتوضيح لشرح الجهاز العصبي ووظائف أجزاء الجهاز البصري بالإضافة إلى توضيح فسيولوجية الإبصار.

كذلك يتضمن هذا الفصل ذكر لأسباب الإعاقة البصرية والاضطرابات التي تتسبب في الإعاقة البصرية بدرجاتها المختلفة.

تعريف الإعاقة البصرية وتصنيفها:

(Definition & Classification)

يعتبر الشخص معوقاً بصرياً (Visually impaired) إذا فقد القدرة على استخدام حاسة البصر بشكل طبيعي لتأدية أنشطة الحياة اليومية. (الروسان وآخرون، 2011، ص209)، (الزريقات، 2006).

تنتج الإعاقة البصرية عن اعتلال في الجهاز البصري لأسباب عدة مما يؤدي إلى عجز في واحدة أو أكثر من الوظائف البصرية الخمسة.

فئات الإعاقة البصرية:

تقسم الإعاقة إلى فئتين (Hallahan, etal, p332) هما:

1ـ ضعاف البصر أو المبصرين جزئياً (partially blind or low vision).

2ـ المكفوفين (blind).

مفاهيم وتعريفات:

التعريف القانوني Legal definition:

التعريف الطبي ـ القانوني للمكفوف: هو الشخص الذي لديه حدة إبصار أقل من 200/20 قدم أو 60/6م في العين الأقوى بعد تنفيذ الإجراءات التصحيحية الطبية المختلفة أو إذا كان مجال الإبصار لديه محدود جداً ولا يتجاوز 20 درجة. (الروسان وآخرون، 2011، ص260)، (الزريقات، 2006)، (القمش، 2007).

هنا العمى ليس بالضرورة فقدان الإبصار تماماً بل قد يكون لديه بعض القدرات البصرية المتبقية (residual vision).

التعريف الطبي ـ القانوني لضعيف البصر (legal definition): هو الشخص الذي تتراوح حدة الإبصار لديه ما بين 70/20ـ 200/20 بالأقدام. (Hallahan, etal, 2009, p332).

التعريف التربوي لضعيف البصر (Educational Definition):

هو الشخص الذي لا يمكن باستطاعته القراءة إلا إذا استعان بأجهزة أو أدوات تكبير (قارئ المطبوعات المكبرة Large-type). (الروسان وآخرون، 2011)، أو محدود البصر ـ هو شخص يستخدم بصره بشكل محدود في الظروف الاعتيادية. (عبيد، 2006).

تعريف منظمة الصحة العالمية WHO definition:

- الإعاقة البصرية الشديدة: هي حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- الإعاقة البصرية الشديدة جداً: حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف الأساسية.
- شبه العمى: حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.
- العمى: فقدان القدرات البصرية.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية Prevalence:

العمى (blindness) بشكل رئيسي هي إعاقة الكبار البالغين حيث أن إعاقة الأطفال تبلغ الإعاقات (Hallahan, etal, 2011, p334).

الفصل الثاني عشر

تعتبر الإعاقة البصرية إعاقة منخفضة الانتشار (low incidence handicapped) حيـث أن نسبة الانتشار تراوح 0.5% في الأعمار من 6ـ17 سنة (Hallahan, 2009) ويعود ذلك لأسباب تتعلق بآلية التشخيص حيث يتم إغفال بعض ضعاف البصر.

تشريح الجهاز البصري وفسيولوجيا الإبصار:

يتكون الجهاز البصري من كرة العين، ملحقات العين، العصب البصري، الدماغ (مراكز الإبصار المختلفة في القشرة الدماغية).

ملحقات الجهاز البصري:

1ـ الحواجب.

2ـ الرموش.

3ـ الجهاز الدمعي.

4ـ غدد دهنية.

5ـ غدد عرقية. (عبيد، 2006).

كرة العين (Eyeball):

كرة قطرها 2.5 سم الظاهر منها حوالي 6/1 والباقي مغموس في محجن العين وهي مثبتة بعضلات وأنسجة دهنية وغيرها. وتتكون من ثلاثة طبقات هي من الخارج إلى الداخل:

1ـ الطبقة الخارجية (Fibrous Tunic).

2ـ الطبقة الوسطى الوعائية (Vascular Tunic) وتسمى أيضاً (Uvea).

3ـ الطبقة الداخلية (Nervous Tunic). (عبيد، 2006).

الطبقة الخارجية:

1ـ القرنية (Cornea): الجزء الأمامي من الطبقة الخارجية، يرى من خلالها القزحية وهي لا تحتوي على أوعية دموعية وهي طبقة شفافة مغطاة بطبقة رقيقة من الأغشية. تعمل على انكسار تمرير الضوء انكساره.

2ـ الصلبة (Sclera): الجزء الأبيض من العين تغطي العين كاملة ما عدا القزحية. وظيفتها تعطي شكل وحماية الجزء الداخلي.

الطبقة الوسطى (الطبقة الوعائية):

تحتوي على أوعية دموعية وتتكون من ثلاثة أجزاء:

المشيمة (Choroid): وظيفتها تزويد العين بالدورة الدموية وتمتص الضوء.

الجسم الهدبي (Ciliary body): إفراز السائل المائي وتتحكم في شكل العدسة للرؤية البعيدة والرؤية القريبة.

القزحية (Lris): تنظم كمية الضوء الداخل إلى كرة العين.

الطبقة الداخلية (الشبكية):

تقع في الجزء الداخلي لكرة العين وتتكون من طبقتين:

1ـ الطبقة الخارجية الصبغية.

2ـ الطبقة الداخلية العصبية:

تتكون من أنواع مختلفة من الأنسجة العصبية ثلاثة أنواع من الخلايا العصبية المستقبلات الضوئية (photoreceptor neurons) وألياف العصبية

ثنائية القطبية (bipolar neurons) والعقد العصبية (ganglions neurons) وتسمى شجيرات المستقبلات الضوئية بالمخاريط والعصي (Rods & Cones) توجد فيها اللطخة الصفراء (macula lutea) وفيها النقطة المركزية (fovea centralize) التي تحتوي على مخاريط وهي المسؤولة عن البصر المركزي.

أما جوانب الشبكية فتحتوي على العصي، والعصي مسؤولة عن الرؤية في الظلام (-black white vision in dim light) بينما المخاريط فهي مسؤولة عن حدة الإبصار ورؤية الألوان في النهار يخرج منها العصب القحفي الثاني (العصب البصري optic nerve)، حيث يتصل مع الشبكية بالقرص البصري (optic disc) ثم المسارات البصرية (optic pathways)، ثم التصالب البصري (optic chiasma) التي تقع تحت الغدة النخامية (pituitary gland) يغذيها الشريان والوريد الشبكي المركزي (central retinal artery & central retinal vein). (Tortora, atel, p473).

العدسة Lens:

تقع خلف البؤبؤ، تتكون العدسة من مادة بروتينية تسمى كريستالين مرتبطة تشبه البصلة وهذه البروتينات تحول الجلوكوز إلى طاقة، وظيفتها تعمل انكسار للضوء.

العدسة شفافة، مغلفة بأنسجة شفافة ومعلقة بواسطة أربطة (Suspensory ligaments) فقدان العدسة لشفافيتها يسمى (Cataract).

داخل كرة العين:

يتكون داخل كرة العين من فراغ كبير يقسم بواسطة العدسة إلى قسمين

التجويف الأمامي أو التجويف الزجاجي والتجويف الأمامي يقسم إلى قسمين وهما:

1ـ الغرفة الأمامية (Anterior chamber): وهو حيز بين القرنية والقزحية.

2ـ الغرفة الخلفية (Posterior chamber): وهو عبارة عن فراغ بين القزحية والعدسة.

يحتويان هاتين الغرفتين على السائل المائي يشبه تركيب النخاع الشوكي. (Tortora & atal, 1993, p473).

الدماغ (المراكز البصرية):

مركز الإبصار في القشرة الدماغية يتكون من: المنطقة البصرية الوالية (primary visual area) وتحمل الرقم 17 على القشرة الدماغية في الفصم القذالي وتمتد على الجهة الجانبية منه وهي تستقبل المثيرات البصرية من العين (sensory nerve impulses) وتفسر الشكل واللون والحركة. أما المنطقة البصرية الثانية وتعرف بـ(visual association area) وتتضمن المنطقة 18 و19 على الخريطة الدماغية على الفصم القذالي (occipital lobe) وهذه المنطقة تستقبل السيالات العصبية الحسية البصرية من منطقة الرؤية والتلامس حيث تربط الخبرات البصرية السابقة بالحالية لتقويم وإدراك ما هو مرئي. (Tortora, atel, 1993, p402).

فسيولوجيا الإبصار:

شعاع ـ القرنية (انكسار) ـ (القرنية) ـ السائل المائي (انكسار) ـ البؤبؤ ـ

الجسم الزجاجي (انكسار) ـ الشبكية (تكون الخيال) ـ العصب البصري (سيال عصبي) ـ الدماغ (المراكز البصرية) الفصم الخلفي.

تكييف العدسة ـ انقباض العضلات الهدبية.

انقباض البؤبؤ بواسطة العضلات الداخلية الدائرية والشعاعية (circular & radial muscles) وهي عضلات لا إرادية.

حركة كرة العين: يتم التحكم في حركة كرة العين بواسطة العضلات الخارجية (6 عضلات) وهي عضلات إرادية.

الوظائف البصرية Visual functions:

البصر المركزي (Central Vision): قدرة الفرد على رؤية الأشياء التي أمامه مباشرة أو التي في مجاله البصري وتنتج هذه القدرة عن تجمع الضوء في النقطة المركزية الموجودة في الشبكية التي توجد فيها المخاريط (cones) والذي يبلغ عددها حوالي 6 ملايين خلية. وتتميز هذه الخلايا بحساسيتها للألوان ومستويات الإضاءة العالية مما يسمح برؤية الأشياء بوضوح. ويعد تلف النقطة المركزية من أهم الاضطرابات التي تحد من القدرة على الرؤية المركزية.

البصر المحيطي (Peripheral vision): قدرة الإنسان على رؤية الأشياء التي تقع في المدى الخارجي (الطرفي) من مجاله البصري. وقد يكون البصر المحيطي لدى بعض الأشخاص محدوداً لأسباب مختلفة أهمها التهاب الشبكية الصباغي. (يحيى، خولة، 2003).

التكييف البصري (Visual accommodation): التغير الذي يحدث في عدسة العين في ظروف الإضاءة المتغيرة ليتمكن الإنسان من رؤية الأشياء

بوضوح والعضلات الهدبية هي المسؤولة عن ذلك لتستطيع العين التركيز على الأشياء من مسافات معينة.

البصر الثنائي (Binocular vision): استخدام كلتا العينين عند التركيز على الشيء ودمج الصورتين اللتين تتكونان على شبكية كل عين في صورة واحدة واضحة. وهذه الوظيفة معقدة تتطلب قيام كل عين بوظيفتها بشكل سليم وعضلات بصرية طبيعية وقيام المراكز الدماغية ذات العلاقة بمعالجة المعلومات البصرية بشكل فاعل. ومن أهم الاضطرابات في هذا المجال عجز عضلات العين المختلفة عن التنسيق.

رؤية الألوان (color vision): التميز بين الألوان المختلفة. (الروسان وآخرون، 2011، ص264).

وهناك مفهومان مهمان عند الحديث عن آلية الإبصار هما حدة الإبصار (vision acuity) ويتم قياسها باستخدام لوحة خاصة تسمى (Snellen chart) وحدة الإبصار الطبيعية 20/20 أو 6/6 ولها تفسير عند الأطباء.

أما المفهوم الثاني فهو مجال الرؤية (visual field) وهي المساحة الكلية التي يراها الفرد دون أن يقوم بتحويل نظره من مكان لآخر وتقاس بالدرجة حين أن الإنسان الطبيعي يستطيع أن يرى الأشياء التي تقع في مدى (180 درجة). (يحيى، خولة، 2003).

أسباب اضطرابات الجهاز البصري:

تنتج اضطرابات الجهاز البصري عن عوامل مختلفة تؤدي إلى حدوث اعتلالات مختلفة وتؤثر على القدرة على الإبصار بدرجات متفاوتة وهي:

1ـ عوامل وراثية.

2ـ أمراض مكتسبة.

3ـ تشوهات تشريحية. (Joan, 1993, p974).

أمثلة على الاضطرابات البصرية:

هناك العديد من الاضطرابات ناتجة عن الأسباب سابقة الذكر تـؤدي إلى إعاقـة بصريـة وسنتطرق إلى الحالات الشائعة بين الأطفال وهي:

1ـ الاضطراب البصري الناتج عن خلل في القشرة الدماغية ((cortical visual impairment CVI)) وسببه إصابة في الدماغ أو التهاب.

2ـ الاضطراب الناتج عن الخداج (retinopathy of prematurity ROP).

3ـ الاضطراب الناتج عن ضمور العصب البصري optic nerve hyperplasia ONH).

4ـ التهاب الشـبكية الصـباغي (retinitis pigmentosa) وهـذا يسـبب البصرـ المخروطـي والعشى الليلي وهي حالة وراثية تسبب تلف للشبكية.

5ــ الحـول (trabismus): وحالـة تحـدث بسـبب مشـكلة مرتبطـة بوظيفـة العضـلات الخارجية للعين.

6ـ الرأرأة (nystagmus): وهي حالة حدوث حركة مستمرة في العين وهذا يسبب صـداع ودوخان وغثيان وهي علامة من علامات اضطراب عضوي في الدماغ. (Hallahan, atel, 2009, p338).

أثر الإعاقة على مظاهر النمو المختلفة:

تؤثر الإعاقة البصرية على مناحي النمو المختلفة عند الشخص المعاق وبدرجات متفاوتة بحسب الإعاقة البصرية الناتجة كما سيأتي وهذه الجوانب هي:

1ـ النمو النفسي الحركي.

2ـ النمو المعرفي.

3ـ النمو الانفعالي والاجتماعي (social & emotional adjustment).

4ـ النمو اللغوي (language development).

5ـ التحصيل الأكاديمي (Academic achievement).

6ـ التنقل والحركة (orientation & mobility).

المتغيرات التي تحدد أثر الإعاقة البصرية على جوانب النمو المختلفة:

1ـ عمر الطفل عند فقدان البصر.

2ـ أسباب الإعاقة.

3ـ نوع الإعاقة البصرية.

4ـ درجة الرؤية.

5ـ الوضع البصري المتوقع في المستقبل. (الروسان وآخرون، 2011).

الأطفال الذين يفقدون بصرهم قبل سن الخامسة يكون لديهم القليل من التخيل والتذكر البصري أما الذين يفقدون بصرهم في سن ما فوق خمسة سنوات تكون لديهم مشكلات لمسية أكثر ومشكلات عاطفية.

النمو النفسي حركي:

يتخذ نفس التسلسل المرحلي لكنه أبطأ بسبب عدم القدرة على رؤية النماذج السلوكية، غياب الاستثارة البصرية الضرورية لتعلم المهارات المختلفة والقيود التي يضعها الناس على نشاطات الأطفال المكفوفين. (الروسان وآخرون، 2011). كلما كان فقد البصر مبكراً كان أثر الإعاقة البصرية على الجانب الحركي أكبر كلما كان حدة البصر أفضل كانت الدافعية للمشي والتنقل أكبر حرمان الطفل من متابعة الأشياء بصرياً يحد من فرص تعلم المهارات الجسمية وقلل من تآزر اليد وتطور الحركات ويخفض من دافعية الوصول إلى الأشياء في البيئة ظهور نشاطات جسمية نمطية غير هادفة للتعويض عن الإثارة البيئية (Mineristic behaviors) أو العميانيات (bilindisms) أو (stereotypic behavior).

النمو المعرفي:

هناك تباين في الذكاء بين الأشخاص ذوي الإعاقات لكن التقييم ليس من السهل في حالة الإعاقة البصرية هناك بعض الفروق الواضحة في النمو المعرفي بين الأطفال المعاقين بصرياً والأطفال العاديين التحصيل الأكاديمي يتأثر بسبب الحاجة إلى القدرة على القراءة صعوبة معرفة العلاقات بين الأشياء وتمييز الأجزاء التي تؤلف الكل لا يستطيع استخدام البصر لاكتساب المعرفة وإنما يلجأ إلى الحواس الأخرى هناك محددات للنمو المعرفي عند هذه الفئة (الخبرات، الحركة والتنقل، ضبط والسيطرة على البيئة).

النمو العاطفي والاجتماعي:

هنالك عدة مشاكل انفعالية واجتماعية تظهر لدى هذه الفئة من الإعاقات وهي:

1ـ مشكلات تظهر في ردود أفعال الآخرين تجاه هذه الفئة.

2ـ لا تؤثر الإعاقة البصرية بشكل مباشر على النمو الاجتماعي.

3ـ الاعتمادية على الآخرين لا يطور أساليب للتعامل مع الآخرين.

4ـ البصر له دور في تطوير العلاقات مع الآخرين والتعرف عليهم.

النمو اللغوي:

هناك رأيين: هناك من يقول بأن الإعاقة البصرية ليس لها تأثير واضح على فهم واستخدام اللغة لأن السمع وليس البصر هي الحاسة المسؤولة عن تعلم اللغة ولذا فإن الطفل الكفيف يسمع اللغة وبالتالي ليس عنده مشكلة في اللغة وربما يكون لديه دافعية لتعلم اللغة. (Hallahan, 2009, pp338-339).

أما الرأي الآخر فهو معاناة المعاق من مشكلة اللاواقعية اللفظية بمعنى أن هناك مفاهيم يسمعها المعاق بصرياً لكنه لم يدركها بصرياً ولم يسبق له أن رآها. (الحديدي، 2011، ص65).

الوعي والحركة: أين هو من غير والأشياء المحيطة به وهي عدم القدرة على إدراك المكان وتوفر المعلومات عن المكان وهو ما يعرف (cognitive mapping).

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

خطوات التعرف على الطالب المعوق بصرياً:

1ـ إجراء تقييم تربوي شامل.

2ـ الحصول على معلومات تشخيصية عن الإبصار من أخصائي العيون أو أخصائي قياس النظر.

3ـ الأخذ بعين الاعتبار نتائج الفحوصات الجسمية والبصرية والسمع والنطق واللغة وأسلوب التعلم والدافعية والتكيف وقدرات محددة والخبرات السابقة والتحصيل الأكاديمي السابق.

وهذا ما أكده (الروسان والكيلاني، 2006) حيث اعتبرا أن الحل الأمثل للتعرف على الإعاقة البصرية هو التقويم الشمولي الذي تطبق فيه فحوصات طبية واختبارات وأساليب ملاحظة تشمل الجوانب الآتية:

1ـ فحص النظر من قبل طبيب العيون.

2ـ قياس الذكاء والوظائف المعرفية.

3ـ قياس المهارات الحسية الحركية والإدراكية.

4ـ تقويم الأداء الأكاديمي في مختلف المواد.

5ـ تقويم الجوانب الاجتماعية والانفعالية والتكيفية.

6ـ تقويم مهارات الحياة اليومية.

البعد الطبي في تشخيص الإعاقة البصرية:

أ ـ قياس حدة الإبصار (Visual acuity):

ويقصد بها: قدرة الشخص على رؤية الأشياء من مسافات محدودة.

أما طبياً: فتشير إلى قوة العين فيما يتعلق بكسر الضوء وتجميعه في نقطة مركزية في الشبكة بحيث يتمكن من رؤية الشيء بوضوح من مسافات متفاوتة. (الخطيب وآخرون، 2007)، (الزريقات، 2006).

أدوات قياس حدة الإبصار:

أولاً: لوحة سنلن (Snellen chart):

وهـي مـن أقـدم الطـرق التقليديـة المسـتخدمة في قيـاس وتشـخيص القـدرة البصريـة (الروسـان، 2006) وتتكون من (8) صفوف مـن الأحـرف الأبجديـة للأشـخاص الـذين يسـتطيعون قراءة الأحرف الهجائية أو من (Es) للأطفال الصغار أو الذين لا يستطيعون القـراءة ويمثـل كـل واحد منها المسافات التاليـة (200، 100، 70، 50، 40، 30، 20، 15 قـدم) وتشـمل لوحـة سـنلن على أنواع مختلفة من الأحرف الأبجدية وهي متباينة في حجمها حيث توضـع الأحـرف الكبـيرة في الأعلى ويقف الشخص على مسافة (20 قدم) من اللوحة ويحاول قـراءة كافـة الأحـرف. كـما يتضمن إجراء الفحص عين واحدة غير مغطاة ثم تعكس العمليـة مـع العـين الأخـرى. (زريقـات، 2006).

وقد تتكون صفوف هذه اللوحة مـن دوائـر ذات فتحـات مـن حجـوم مختلفـة يحـدد المفحوص اتجاه الفتحات في الدوائر. (القمش، 2007).

محددات قياس حدة الإبصار باستخدام لوحة سنلن:

1ـ إنها تقيس حدة الإبصار للمسافات وليس للأشياء أو الأجسام القريبة على الرغم مـن أن العديد من الأنشطة التربوية وتحديداً القراءة والتي تتطلب حدة إبصار من مسافات قريبة.

2ـ حدة الإبصار كما هي مقاسة بلوحة سنلن لا تتماثـل مـع الكفـاءة البصريـة (Visual Efficiency) والتي تعود إلى القـدرة عـلى ضـبط حركـات الأعـين وتميـز الأشـياء أو الأجسـام مـن خلفياتهم.

3ـ حدة الإبصار لا تمثل كم يستعمل الطالب في الحقيقة إبصاره في الأوضاع الطبيعية التي تمتاز بالظروف البيئية المختلفة مثل الإضاءة والنوافذ التي تمر من خلالها الأشعة الضوئية والأرضيات العاكسة. (Hallahan & Kuffiman, 2003).

ثانياً: جهاز كيستون للمسح الضوئي (Keystone):

ويعد أول جهاز لقياس تأرز العينين في ظروف متشابهة لظروف عملية القراءة كذلك فهو يستخدم في اكتشاف الأطفال الذين يعانون من قصر البصر أو الاستجماتزم بالإضافة إلى قياس القدرة البصرية للعين. (سليمان، 2007).

وقد أشار بتس (Betts) في حديثه عن الوقاية وتصحيح صعوبات القراءة إلى العوامل الأساسية التي تبين مدى صدق هذا الاختبار من حيث:

1ـ من أنه قادر على اختبار كل عين على حدا في الوقت الذي تكون فيه العينان مشتركتين في الرؤية كالعادة ويتم ذلك عن طريق وضع زوج من الصور أمام العينين.

2ـ ويمكن قياس مدى تزر العينين الذي يعتبر عاملاً هاماً يساعد على سرعة القراءة وكذلك يمكن قياس توازن العضلات والتداخل الذي يحدث عند قراءة الكتب أو مشاهدة السبورة البعيدة.

3ـ يمكن قياس القدرة البصرية للعينين معاً وكذلك حدة كل عين منفردة. (سليمان، 1989).

ثالثاً: اختبار ايمز:

ويستخدم للكشف عند حدة الإبصار، قصر النظر طول النظر والتوازن العضلي. (سليمان، 2007).

رابعاً: بطاقة تقدير القراءة لنقابة الأطباء الأمريكيين:

وهي عبارة عن بطاقة تثبت على عصا وتوضع على بعد (14 بوصة) من العين، ويقرأ المفحوص السطر الأول من البطاقة بعين واحدة بينما تبقى العين الأخرى مغلقة وإذا استطاع قراءتها واستطاع قراءة السطر الذي يليه فإن حدة الإبصار تكون 14/14 وكفايته البصرية بنسبة 100، أما إذا لم يتمكن من قراءته واستطاع قراءة السطر الذي يليه فحدة إبصاره تكون 14/12 وكفايته بنسبة 91.5 وهكذا تنخفض النسبة كلما أخفق في قراءة الأسطر. (سليمان، 1989).

أدوات قياس الكفاءة البصرية:

مقياس باراجا للكفاءة البصرية (Visual Efficiency):

قامت باراجا عام 1964 بعمل المقياس لتحديد درجة الكفاءة البصرية لدى ضعاف البصر وذلك بهدف تقدير إمكانية الاستفادة من بقايا البصر واستغلالها بشكل جيد (سليمان، 2007) ويتضمن المقياس عدد من المثيرات البصرية (أشكال هندسية مختلفة الحجم ودرجة التعقيد) لكل منها عدد من البدائل وعلى المفحوص أن يحدد بينها الشكل المطابق للمثير الأصلي.

ويشمل على (8) أبعاد رئيسية هي:

1ـ الوعي بالإشارة البصرية، كأن يحرك رأسه أو عينه باتجاه الضوء.

2ـ ضبط العيني وتميز الأشكال والألوان.

3ـ تميز الأشياء.

4ـ التعرف والتميز واستخدام صور الأشياء وصور الحوادث المختلفة.

5ـ الذاكرة البصرية: تذكر التفاصيل والعلامة بين الأجزاء والتميز بين الشكل والخلفية.

6ـ تميز الرموز والأشكال المجردة وإعادة رسمها.

7ـ إدراك العلاقة بين الصور والأشكال المجردة والرموز.

8ـ معرفة وإدراك الرموز في أشكال مختلفة وإعادة رسمها. (سليمان، 1989).

البعد التربوي لقياس الإعاقة البصرية:

ظهر مجموعة من المقاييس التي تقيس الإدراك البصري وخاصة لذوي الإعاقة البصرية الجزئية أو الذين يعانون من مشكلات في الإدراك مثل الأطفال ذوي صعوبات التعلم ومن تلك المقاييس:

1ـ مقياس فروستج التطوري للإدراك البصري:

Marianne Frosting Developmental Test of Visual Perception (DIVO), by frosting, M, 1961, 1966.

2ـ مقياس الإدراك البصري الحركي:

Motor-Free Visual Perception Test (MVPT), By cloarusso Rondd P. & Hammil Donald, D, 1972.

3ـ مقياس بندر البصري الحركي الكلي:

The Bender Visual Motor Gestalt Test. By Bender Lauretta, 1938, 1963.

4ـ مقياس بيري ـ بكتنيكا للتآزر البصري الحركي:

The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual Motor Integration (VMI) by, Beery, Keith, E & Buktenica, Norman, 1967. (الروسان، 2006)

وسأتناول بإيجاز الحديث عن مقياس فروستج التطوري البصري كونه المقياس الذي طور على البيئة الأردنية.

مقياس فروستج للإدراك البصري:

Frosting Developmental Test of Visual Perception (DIVO)

الصورة الأصلية للمقياس:

ظهر المقياس عام 1961 وروجع عام 1966 على يد ماريين فروستج، لقياس الإدراك البصري للفئات العمرية من (3ـ 8) سنوات للأطفال (مرحلة رياض الأطفال والصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية) ذوي الإعاقة البصرية الجزئية وذوي صعوبات التعلم والصم.

يعتبر من المقاييس الفردية/ الجمعية والمقننة. (الروسان، 2006).

وصف المقياس:

- يتألف المقياس من 72 فقرة موزعة على خمس اختبارات فرعية موزعة:

1ـ مقياس التآزر البصري الحركي (Eye-Hand Coordination Subtest):

يتألف من 16 فقرة، يطلب فهيا مـن المفحـوص أن يرسـم خطوطـاً مسـتقيمة وأخـرى منحنية وأخرى على شكل زوايا داخل حدود تدرج في الاتسـاع وبـأعماق متنوعـة. وكـما يطلـب منه أن يصل بخطوط مستقيمة بين هدفين أو بين نقطتين دون الاسـتعانة بموجهـات أو حـدود. (الكيلاني، الروسان، 2006).

2ـ مقياس التمييز بين الشكل والأرضية (Figure-Ground Subtest):

يتألف من 8 فقرات، يطلب من الطفل أن يميز أشكالاً هندسية معينة، تعـرض مرسـومة على بطاقات، من بين أشكال هندسية أخرى مرسومة على صـفحات الاختبـار. (الكـيلاني، الروسـان، 2006).

3ـ مقياس ثبات الأشكال (Constancy of Shape Subtest):

يتألف من 32 فقرة، يتألف من مجموعتان (أ) 14 بند (ب) 18 بنـد، وهـي عبـارة عن أشكال هندسية متنوعة سواء في الحجم أو التظليل أو التركيب أو الموقع. يعرض عـلى الطفل بطاقتين تحتوي على شكلين هندسيين أحدهما دائري والأخرى مربـع ويطلـب مـن الطفل أن يميز ويشير إلى الأشكال الهندسية التي تشبه في خصائصـها الأشـكال المعروضـة. (الكيلاني، الروسان، 2006).

4ـ مقياس إدراك مواقع الأشكال (Position in Space Subtest):

يتألف من 8 فقرات، وهي عبارة عـن سلسـلة مـن الأشـكال أو الرسـومات التخطيطيـة لأشياء مألوفة مرسومة بشكل متتالي في الاتجاه ما عدا شكلاً واحـداً منهـا في كـل سلسـلة يكـون مخالفاً لبقية أشكال السلسلة في الاتجـاه حيـث يطلـب مـن الطفـل أن يشـير إلى هـذا الشـكل المخالف في كل بند من البنود الثمانية. (الكيلاني، الروسان، 2006).

5ـ مقياس إدراك العلاقات المكانية (Special Relations Subtest):

يتـألف مـن 8 فقـرات مرسـومة في الجانـب الأيمـن مسـتخدماً النقـاط المطبوعـة عـلى صفحات هذا الاختبار في الجانب الأيسر كموجهات له في عملية النسخ. (الكيلاني، الروسان، 2006).

- يعطي المقياس عند تطبيقه:
  - درجة قياسية (Scale score).
  - درجة تمثل المستوى العمري (Age Level Score).
  - درجة تمثل النسبة الإدراكية الوقت اللازم لتطبيقه (Perceptual Quotient, PQ).
- في حالات التطبيق الفردي ما بين (30ـ 45) دقيقة.
- وفي حالات التطبيق الجمعي من (40ـ 60) دقيقة.

الوقت اللازم لتصحيحه (10ـ 15) دقيقة. (الروسان، 2006).

تفسير الأداء على المقياس:

- تحدد الدرجة الخام على كل مقياس فرعي وتتراوح ما بين 0ــ 20 درجة ويعاني المفحوص من مشكلات إدراكية عندما يحصل على درجة تقل عن 10 أو 8.
- تحول الدرجة الخام إلى درجة عمرية (Age Score) وإلى الدرجة مقياسية (Scaled Score).
- تجميع الدرجات القياسية على المقاييس الفرعية الخمسة لتكون الدرجة الكلية على المقياس.
- تقسيم الدرجة الكلية على عمر الطالب لتعطي نسبة الإدراك البصري (Visual Perception Quotient).
- وتمثل نسبة الإدراك البصري 90 حداً فاصلاً بين الطلبة العاديين والطلبة الذين من مشكلات إدراكية بصرية.

البرامج التربوية للمعوقين بصرياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين بصرياً، طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصرياً، ويمكن أن يميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية ومنها:

1ـ مراكز الإقامة العاملة للمعوقين بصرياً.

2ـ مراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصرياً.

3ـ دمج المعوقين بصرياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.

4ـ دمج المعوقين بصرياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعاقين بصرياً، ومراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصرياً من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصرياً. ويميل الاتجاه التربوي الحديث إلى دمج المعاقين بصرياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية. (القمش، 2007).

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصرياً، ومبرراته، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً، تعليم وتدريب المعوقين بصرياً على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة (Mobility) ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل (Braille Method) ومهارة القراءة بطريقة الأوبتكون (Optacon) ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابي (Abacus) ومهارة الاستماع (Listening Skills) ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية (Remaining sight).

تطوير التدريب على التعرف والتنقل:

التعرف هو: قدرة الشخص على استخدام حواسه المختلفة لفهم وضعه في البيئة في وقت معين، والتدريب على التعرف من المهارات الخاصة التي توليها البرامج التعليمية للأشخاص المعوقين بصرياً أهمية كبرى فهؤلاء الأشخاص كما هو معروف يعانون من قيود عديدة فيما تتعلق في الحركة والتنقل والقدرة على ضبط البيئة. والتدريب على التعرف يسبق في العادة التدريب على التنقل ومن ثم يلازمه وفي البداية يتم التركيز في برامج التدريب

على التعرف على تقييم المهارات الجسمية والمعرفية للطفل ويتم تنظيم الأنشطة التدريبية وتنفيذها على ضوء أوجه القوة والضعف لدى الشخص ويتم التركيز كذلك على تصحيح أوضاع الجسم وإزالة مخاوف الفرد وتزويده بالمعلومات المناسبة وتطوير قدرته على التفاعل حسياً بشكل فاعل مع الأشياء المختلفة في بيئته سواء كانت سمعية أو لمسية أو شمية أو حركية ومن المفاهيم المهمة التي يتم التركيز عليها المفاهيم ذات العلاقة بالبيئة، الإيماءات، الحرارة، الوقت، اللمس، والاتجاهات الأساسية ومفاهيم الخطوط. أما التدريب على التنقل فهو يسعى إلى زيادة قدرة الفرد على التحرك من مكان إلى آخر بأمان وفاعلية، ولكي تكون الحركة فعالة يحتاج الشخص إلى القوة العضلية والوعي الجسمي والوعي الفراغي وذلك ما تركز عليه برامج التدريب على التنقل على وج التحديد وبوجه عام يشمل التدريب على التنقل توظيف أربعة استراتيجيات هي:

المرشد المبصر، العصا الطويل، الكلب المرشد، ومعينات على التنقل الإلكتروني وفي جميع هذه الطرق يتسلسل التدريب وفق خطوات منظمة وحسب قدرات المتدرب ويتم التدريب على التنقل في الأماكن الطبيعية كالحدائق والمباني وداخلها ويفضل تنفيذ التدريب في أوقات وظروف جوية مختلفة ويتأثر مدى فاعلية الفرد في عملية التنقل بعدد من العوامل:

وعيه الجسمي، علاقته بالأشياء، قدرته على حل المشكلات، وتمكنه من المفاهيم ذات العلاقة بالمناطق والمباني وطبيعة اتجاهاته نحو نفسه واتجاهات الآخرين نحوه.

وتتوفر أنواع مختلفة من العصي التي يستطيع المكفوفين بالاستعانة بها للحركة والتنقل باستقلالية، والعصا قد تكون خشبية وقد تكون مصنوعة من الألمنيوم أو البلاستيك المقوى منها ما يتكون من أجزاء قابلة للطي وتوضع للجيب عند عدم استخدامها ومنها العصا البيضاء التقليدية، ومنها العصا المزودة بالإضافات التقنية الحديثة كعصا الليزر، وبغض النظر عن نوعها تستخدم العصا لاكتشاف الحواجز والمعيقات البيئية القريبة أثناء الحركة ويستغرق على استخدامها بعض العصي خمسة أسابيع أو أكثر. (Hallahan, Kauffiman, 2003).

مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:

طور لويس برايل (Braill, 1809-1852) طريقة برايل المعروفة والتي سميت باسمه، وقد ساعده في ذلك ضابط فرنسي اسمه شارلس باربير (Charles Barbier) وكان برايل نفسه كفيفاً، يقيم في قرية كوب فري (Coup vary) الشكل رقم (10) في ضواحي باريس، حيث كان يعمل والده صانعاً لسروج الخيل.

تقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي- ملموس من النقاط البارزة (Dots) والتي تشكل بديلاً لتلك الحروف الهجائية، وتعتبر الخلية (Cell) هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة، حيث تتكون الخلية من ستة نقاط على الشكل التالي:

1	0	0	4
2	0	0	5
3	0	0	6

حيث تعطى كل نقطة من النقاط رقماً معيناً يبدأ من 1 وينتهي بـ6 ويمثل الشكل رقم (11) الخلايا الممثلة للحروف الهجائية وللأرقام وفق طريقة برايل.

وتستخدم أدوات معينة في كتابة برايل، ومنها الآلة المعروفة باسم الآلة طباعة بيركنز (Perkins Brailler) وآلة المسطرة والمخرز (Slat & Stylus) انظر الشكل وقد ظهرت الآن في الأسواق الصناعية أدوات وأجهزة تعمل على كتابة المواد بطريقة برايل وطبع ونسخ متعددة منها، مثل جهاز (The thiel Braille) وجهاز (Braillophon) حيث صنعت تلك الأجهزة في ألمانيا الغربية. (الروسان، 1989).

مهارة القراءة بطريقة الأوبتكون:

ظهر جهاز الأوبتكون في عام 1971، ويتكون هذا الجهاز من كاميرا صغيرة، وشاشة صغيرة وجهاز بحجم آلة التسجيل الصغيرة، به فتحة تسمح بدخول أصبغ السبابة فيه، (انظر الشكل 12) ومهمة هذا الجهاز مساعدة الكفيف على قراءة المواد المطبوعة، والكتب والمجلات والجرائد وذلك بواسطة تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة تحت أصبع السبابة بحيث يحس الكفيف شكل الحرف المقروء بواسطة الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة تسمح للمعلم بمراقبة ما يقرأ الكفيف، ويقرأ الكفيف بهذه الطريقة، ما معدله من 5ـ 11 كلمة في الدقيقة، وفي الأردن أجرى (الخياط، 1989) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية استخدام جهاز الأوبتكون في اكتساب مهارة القراءة لدى الطالبات الكفيفات في عينة أردنية،

وقد شملت الدراسة عينة مؤلفة من (18) طالبة من طالبات المركز الإقليمي لتأهيل وتدريب الكفيفات بعمان، وفي هذه الدراسة أجرى الباحث اختباراً قلبياً لأداء الطالبات لبرنامج تدريبي مدته حوالي ستة أشهر، ثم أجرى الباحث اختباراً بعدياً لأداء الطالبات على مقياس مهارات القراءة بواسطة جهاز الأوبتكون، وأشارت نتائج الدراسة إلى أثر المستوى التعليمي للطالبات في الأداء على مهارات القراءة بواسطة جهاز الأوبتكون (=0.001)، كما كان متوسط أداء الطالبات على مقياس مهارات القراءة بواسطة جهاز الأوبتكون هو (31) كلمة. (سليمان، 2007).

مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة الأبكس (Abaucs):

يعتبر المعداد الحسابي من الآلات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية (انظر الشكل) فقد ظهرت هذه الآلة في دول شرق آسيا والصين واليابان وما زالت مستعملة حتى الآن، وقد طورت هذه الآلة لتساعد المعاقين بصرياً على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي (Davidow, 1978)، يتكون المعداد الحسابي، وهو مستطيل الشكل، من 13 عمود متوازياً، في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم أفقياً إلى جزئين، الجزء العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمود أيضاً، كما توجد في أسفل كل جزء نقاط بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية. (الروسان، 1989).

الفصل الثاني عشر

تأهيل المعاقين بصرياً اجتماعياً ونفسياً:

- **التأهيل للمعاق بصرياً:**

يعرف التأهيل المهني على أنه «عملية مستمرة متجددة هدفها التطوير والمحافظة على قدرات الشخص الذاتية وقدراته على الاكتفاء الذاتي بشكل يتناغم مع طاقاته». (Centersfor Medicare & Medicaid services, 2004).

وقد عرف (Shepherd Geoff, 2003) التأهيل في مقال نشره في المؤسسة الدولية للسلامة العقلية في بريطانيا. وقد تشابه في تعريفه مع التعريف الذي أوردته أعلاه، وهو ما يلي: «العملية التي من خلالها يتم مساعدة المعاق لكي يطور قدراته ومهارته ليستطيع السيطرة بقدر الإمكان على حياته، ويقوم المعاق أثناء هذه العملية بالتعلم والعمل في بيئته وفقاً لاختياره». (Geoff, 2003).

ويعرف نصر الله (284ـ 285، 2002) التأهيل بتلك «العملية المنظمة والمستمرة، التي تهدف إلى الوصول بالفرد المتخلف والمعاق إلى أعلى درجة ممكنة من الجوانب الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والاقتصادية التي يمكنه أن يصل إليها».

ويعتبر التأهيل للمعاقين نتاج لتطور تاريخي مرت فيه البشرية، حيث تشير الحديدي (23ـ 27، 2002) بأن التوجه للمعاقين بشكل عام مر بأربعة مراحل عبر التاريخ وهي:

1ـ مرحلة الفض والعزل:

حيث كانت تسود المواقف والاتجاهات السلبية نحو الأشخاص المعاقين،

حيث تواجدت هذه الاتجاهات السلبية في الحضارات المصرية واليونانية والصينية القديمة بشكل ملفت. (الحديدي، 23ـ 27، 2002).

2ـ مرحلة الرعاية المؤسسية:

حيث ظهرت في أواخر القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين برامج إيوائية لا تركز على البرامج التدريبية لأنها استندت إلى مشاعر الشفقة والعمل الخيرية، لذلك كانت تتركز على الجانب الطبي بشكل أساسي. (الحديدي، 23ـ 27، 2002).

3ـ مرحلة التأهيل والتدريب:

في نهاية الحرب العالمية الثانية برزت الحاجة إلى تطوير برامج التأهيل للمعاقين، ولذلك طوروا تأهيلاً شمل وغطى الجوانب المهنية والنفسية والاجتماعية. (الحديدي، 23ـ 27، 2002).

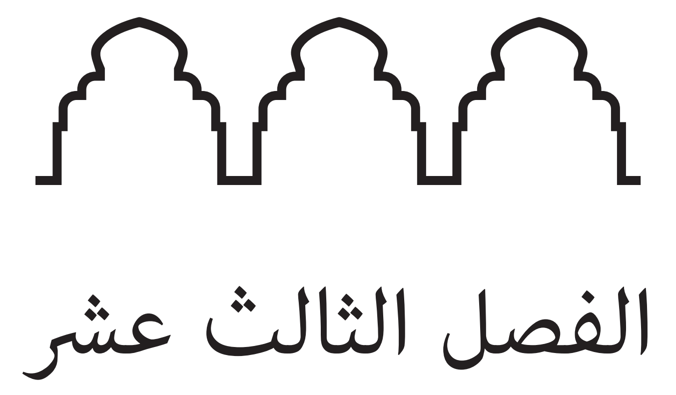
4ـ مرحلة الإدماج:

ظهر في المجتمعات المعاصرة نظرة متطورة إلى المعاقين نتيجة لضغوط أهالي المعاقين والأطباء والمثقفين، حيث شهد القرن التاسع عشر تطورات سريعة ومميزة تجسدت ببرامج تربوية خاصة وزيادة كبيرة في برامج التربية الخاصة، أدت إلى توجه يهدف إلى دمج المعاقين في المجتمع مهنياً ونفسياً وفي كل المجالات الممكنة. (الحديدي، 23ـ 27، 2002).

ومن أهم الأمور التي يجب أن تأخذ في عين الاعتبار عند السير في عملية تأهيل المعاقين بصرياً هو الأخذ بالاعتبار وضعية المعاق بصرياً، فالكفيف

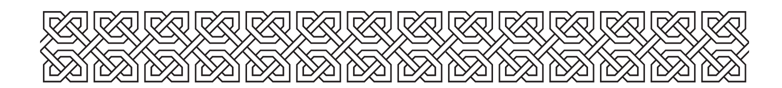
يختلف عن المعاق بصرياً بشكل جزئي، والكفيف منذ الولادة يختلف تماماً عن المعاق عند سن كبير، حيث أن عملية التأهيل قد تكون مختلفة بشكل جذري بين حالة وأخرى.





الفصل الثالث عشر

التوحد



الفصل الثالث عشر

الفصل الثالث عشر

التوحد

Autism

المقدمة:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيراً على المعالم النمائية الرئيسة حيث جذب الاضطراب التوحدي اهتمام الاختصاصيين والباحثين النفسيين ولا تقتصر أسباب هذا الاضطراب المحير على سبب منفرد فأسبابه متعددة ولا يزال هذا الاضطراب مثيراً للجدل من حيث تشخيصه وأسبابه وأساليب علاجه وقد أصبح حالياً تصنيفاً مستقلاً في التربية الخاصة وعلى الرغم من أن التوحد يعد جزءاً من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثاً نوعاً ما إذ يعتبر الطبيب النفسي الأمريكي **ليوكانر** (Leokanner, 1943) أول من قام بإطلاق اسم التوحد ووصف حالته المرضية وتصنيفها بشكل منفصل عن الحالات النفسية الأخرى التي يعاني منها الأطفال، ولقد بدأ مجدداً الاهتمام باضطراب التوحد عندما كرس الأخصائي النفسي بيرنارد ريمنالد (Bernard rimland, 1965) وقته لدراسة التوحد

خصوصاً وأن طفله كان يعاني من هذه الإعاقة لذلك قام بتأسيس الجمعيـة الأمريكيـة الوطنيـة للأطفال التوحديين (Societyof Autism National) هو وغيره من الآباء الذين وجد لديهم أطفـال يعانون من التوحد وتعرف هذه الجمعية الآن بالجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America). (الزريقات، 2010).

تصنيف التوحد:

ينظر إلى التوحد في الوقت الحاضر على أنه من الاضطرابات النمائيـة العامـة Pervnsive Developmental Disordens PDD في سن ما دون الثالثة. أما الاضطرابات ذات الصلة فـيمكن أن تشـخص فـيما بعـد أو لاحقـاً. إن اضـطرابات الطيـف التوحـدي Autism Spectrum Disordens يتضمن عجز نوعي في التفاعـل الاجتماعـي والتواصـل، ويمتـاز باهتمامـات ونشـاطات سـلوكية ونمطية وتكرارية محددة وبالإضافة إلى التوحد فإن اضطرابات الطيف التوحدي يشتمل على:

1ـ متلازمة اسبرجر (Asperger syndrome (AS):

وهو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالباً من يصيبهم تأخر واضح في المعرفـة واللغـة. (بطرس، 2011).

2ـ اضطرابات ريت (Retts Disorder):

ويمتاز بالتطور الطبيعي من خمـس شـهور إلى أربـع سـنوات متبوعـاً بانحـدار وتخلـف عقلي، وتظهر لدى الإناث. (بطرس، 2011).

3ـ اضطرابات انحلال أو تفكك الطفولة (Childhood Disintegrative Disorder):

يمتاز بتطور طبيعي من سنتين إلى عشر سنوات متبوعاً بفقدان ملحوظ للمهارات.

4ـ الاضطراب النمائي العام غير المحدد:

Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise specfiea PDD-NOS

وهو تأخر عام في النمو غير موجود في المعيار الشخصيـ (Hallahan, Kauffman & pullen, 2012).

تعريف التوحد:

كلمة التوحد تعود إلى كلمة إغريقية تعني الذات والذي استخدمت لأول مرة على يد عالم النفس ايوجين بلولر (Eugen Bleuler) سنة (1911) من أجل وصف الانسحاب والارتباط الاجتماعي لدى الأشخاص الذين يعانون من الفصام، والكلمة كما نفهمها حالياً استخدمت على يد كانر (Kanner) 1943م وقد شكلت دراسة كانر أساس لتعريف التوحد. (الزارع، 2010). (الزريقات، 2010).

تعريف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال التوحديين:

National society of autistics children (NSACF):

التوحد هو اضطراب يعرف سلوكياً وأن هناك مظاهر أساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى 30 شهراً من العمر، ويتضمن اضطراباً في سرعة أو تتابع النمو، واضطراباً في الاستراتيجيات الحسية للمثيرات واضطراباً في

الكلام واللغة والسعة المعرفية واضطراباً في التعلـق والانـتماء للنـاس والأحـداث والموضـوعات. (الخطيب وآخرون، 2010)، (الروسان، 2005)، (الزريقات، 2010).

تعريف القانون الأمريكي لتعلم الأفراد المعاقين (IDEA):

التوحد هو إعاقة تطورية تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعـي وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثـة مـن العمـر وتـؤثر سـلبياً عـلى أداء الطفل التربوي ومن الخصـائص والمظـاهر الأخـرى التـي تـرتبط بالتوحـد هـو انشـغال الطفـل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير الطبيعي أو مقاومته للتغـير في الـروتين اليومي إضافة إلى الاستجابات غير الاعتياديـة أو الطبيعيـة للخـبرات الحسـية. (الزريقـات، 2010)، (بطرس، 2011).

تعريف الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع المراجع الصادر من جمعية الطب النفسي ـ الأمريكيـة (DSM-IV-2000):

اضطرابات التوحد هو اضطراب نمائي شامل يـؤدي إلى انحـراف في النمـو العـادي لـدى الطفل أو يعتبر فئة فرعية من المجموعات الكلية المتمثلة وبالاضطرابات النمائية الشاملة والتـي تتضمن اضطرابات التوحـد أو متلازمـة اسـبيرجر ومتلازمـة ريـت واضـطراب التفكـك الطفـولي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد وتتمثل الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد فيما يلي:

1ـ ضعف التفاعل الاجتماعي.

2ـ ضعف في مهارة التواصل.

3ــ أنمـاط متكـررة ونمطيـة مـن النشـاطات والسـلوكيات والاهتمامـات. (الـزارع، 2010، ص29ـ30).

نسبة الانتشار:

إن معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة حيث تدل الإحصاءات الحديثة على أن 0.15% (15 من كل 10.000) من الأطفال في سن المدرسة يتلقون خدمات تربوية خاصة تحت مسمى فئة (اضطرابات التوحد) وتوضح المراجعة الحديثة للدراسات العديدة التي تم إجراؤها في هذا المجال كما يشير فريت (Firth, 2003)، نقلاً عن ونج وبورتر (wing potter, 2002)، إن البيانات الأكثر مصداقية تدل على (حسب الجدول التالي):

نوع الحالة	النسبة
اضطرابات طيف التوحد	60 حالة لكل 10.000 حالة ولادة
متلازمة اسبيرجر	36ـ48 حالة لكل 10.000 حالة ولادة
متلازمة ريت	1 حالة لكل 10.000ـ15.000 حالة ولادة
اضطراب الطفولة التفككي	1 حالة لكل 50.000 حالة ولادة

ويزداد معدل انتشار هذه الاضطرابات لدى الذكور قياساً بالإناث حيث تبلغ هذه النسبة حوالي (1:4 أو 1:3) باستثناء متلازمة ريت التي لا تحدث إلا للإناث فقط. (Hallahan, Kauffman & pullen, 2012).

أسباب اضطرابات التوحد:

تعتبر حالات التوحد من فئات التربية الخاصة الغامضة والتي يصعب تفسير أسبابها حيث يصعب الإجابة عن السؤال التالي لماذا تحدث حالة التوحد؟

ومع ذلك فقد أشار المختصون في هذا المجال إلى عدد من التفسيرات الوراثية، والعصبية والبيولوجية والبيئة المحتملة لحدوث حالات التوحد. (الروسان، 2010).

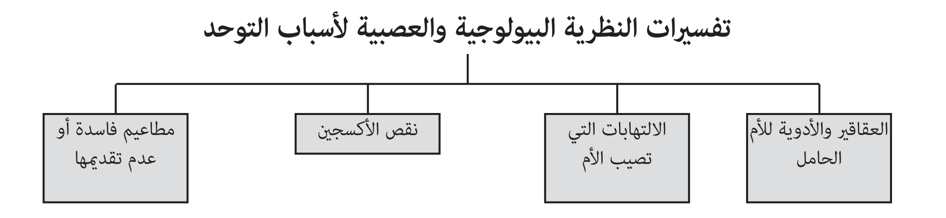
النظريات التي تحدثت عن أسباب التوحد:

أولاً: النظرية البيولوجية والعصبية (Biological & Nurogical Theories):

تناولت النظريات البيولوجية البحث في نطاق الجهاز العصبي مفيدة بأنه تعد الأسباب العصبية لاضطراب التوحد من الأسباب التي يعتقد العلماء والباحثون والمختصون بصلتها باضطراب التوحد.

في سنة 1964 قدم الدكتور بيرنارد ريملاند وهو جهة معترف بها دولياً ومديراً لمعهد أبحاث التوحد في ساتت ياغو في ولاية كاليفورنيا بأمريكا أدلة على أن التوحد يعتبر اضطراباً عضوياً وليست نفسياً ومنذ ذلك الوقت وجدت عدة دراسات أن هنالك فروقاً بين أدمغة الأطفال العاديين وبين أدمغة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واضطراب يرتبط بخلل وظيفي غير طبيعي في الدماغ وهذا الخلل قد يحدث في مرحلة مبكرة من نمو الطفل في رحم أمه من خلال التلف الدماغي ولو كان التلف بسيط، أو عدم اكتمال في نمو الدماغ أو جذع الدماغ والفص الأمامي والمخيخ. وهذا يفسر الأمراض والمشكلات العصبية والإعاقات العقلية والصرع التي تصاحب اضطراب التوحد.

وأن الأعصاب في هذه المنطقة تبدو أصغر منها في أدمغة الأشخاص الطبيعيين. (الزارع، 2010)، (القمش، 2012).



وتفترض هذه النظريات أن هناك أسباباً عديدة ومحتملة لحدوث هذا الخلل في الجهاز العصبي المركزي ومنها:

- تعاطي الأم الحامل للعقاقير والأدوية والمهدئات.
- الالتهابات التي تصيب الأم الحامل الناتجة عن الأمراض المعدية كالزهري والتهاب السحايا.
- نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة.
- عدم تقديم المطاعيم المعروفة للأطفال وخاصة المطعوم الثلاثي (MMR). (الروسان، 2010)، (بطرس، 2010).

ودعمت بعض الأدلة العلمية افتراض أن التوحد ناتج عن عوامل عضوية وأن العيب في الجهاز العصبي المركزي ومن هذه الأدلة عن هذا الافتراض:

1ـ معظم الإشارات التمييزية للتوحد مثل إعاقة تطور اللغة والإعاقة العقلية والسلوك الحركي غير الطبيعي والخمول والنشاط للمدخلات الحسية ومستوى الاستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية كلها مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي.

2ـ الفحوصات العصبية للأطفال التوحديين أشارت أنهم يظهرون شذوذات عصبية مثل نغمة العضلة الضعيفة وتآزر ضعيف ونشاط زائد، وقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين يظهرون هذه الإشارات العصبية.

3ـ أشارت العديد من التقارير بأن الأطفال التوحديين لديهم تخطيط كهربائي ودماغي غير طبيعي.

وهناك فرضيات حديثة تقول بأن الاختلال الوظيفي يقع في نصف الكرة الأيسر للدماغ، وأن الوظائف المعرفية التي تبدو متوسطة لنصف الكرة الأيسر (اللغة، العملية التسلسلية، المهارات التحليلية) كلها ضعيفة أو مفقودة لدى الأطفال التوحديين وأن الوظائف التي يعتقد أنها مسيطر عليها بنصف الكرة الدماغي الأيمن (المهارات البصرية، المكانية، المعرفة بدون تحليل) هي أقرب للوضع الطبيعي، وأيضاً تطور اللغة التوحدية الموصوفة بالتجريدية والتكرارية والنوعية والأوتوماتيكية هي أيضاً تدعم فرضية نصف الكرة الدماغي الأيسر وهذه الصفات مرتبطة بعمليات نصف الكرة الدماغي الأيمن.

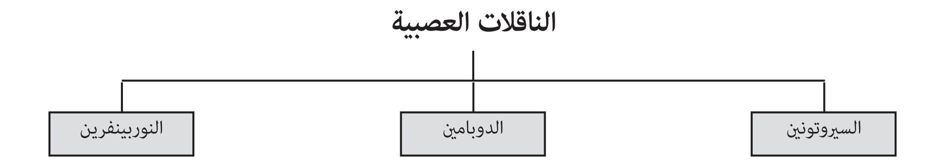
إذاً نستطيع القول أن اللغة الموجودة عند الأطفال التوحديين هي نتيجة لجهود نصف الكرة الدماغي الأيمن لتقوم بما هو مستطاع بدون دعم من نصف الكرة الدماغي الأيسر (زريقات، 2010).

وبشكل عام نجد أن بعض المصابين باضطرابات نمائية يعانون من انعكاس في وظائف نصفي المخ حيث يتم تحليل المعلومات اللغوية لدى التوحديين على سبيل المثال في النصف الأيمن وهي من اختصاص النصف الأيسر لدى الأسوياء. (الشامي، 2004).

ثانياً: الدراسات البيوكيميائية:

توجد مواد كيماوية مسماة بالناقلات العصبية، تقوم هذه الناقلات عندما تصل الإشارات الكهربائية للتفرعات الطرفية للخلايا العصبية من خلال نقاط التشابك بالسماح للإشارة العصبية بالانتقال من خلية لأخرى تليها، ووجد أن هذه الناقلات لدى بعض ذوي اضطراب التوحد لا تعمل بالشكل الصحيح، إذ أن الخلل قد يكون وظيفياً وليس في تركيب الدماغ أو تكوينه، وأن هناك عدداً لا بأس به من حالات اضطراب التوحد التي تستجيب للعقار الطبي وتعدل من إنتاج الناقلات العصبية وإفرازها. (الشامي، 2004).

ومن أكثر الناقلات العصبية تعرضاً للبحث في مجال اضطرابات التوحد:



1ـ السيروتونين:

ويرتبط هذا الناقل بعدد من المشاكل السلوكية التي تظهر غالباً على أفراد مصابين باضطرابات نمائية أو إعاقة عقلية ونشاط زائد مثل: الاكتئاب، الصداع النصفي، اضطراب ضعف الانتباه، العدوان، العنف، له ارتباطاً في السيطرة أو معالجة المعلومات الحسية، الإحساس بالألم، الذاكرة.

وقد تبين من خلال الفحوصات التي أجريت على دم مجموعة من أطفال ذوي اضطراب التوحد أن هنالك نسباً عالية من السيروتونين في دمهم، أما بالنسبة لمن يعانون من اضطراب التوحد فإن إنتاج السيروتونين ينخفض

تدريجياً ما بين سن الثانية وسن الخامسة عشرة دون أن يصل إلى المستوى الطبيعـي. (الشـامي، 2004).

2ـ الدوبامين:

هو ناقـل يـؤثر في مختلـف الأنشـطة الهامـة التـي تشـمل الحركـة والانتبـاه الاختيـاري والتعلم والأكل والشرب واكتشـاف البيئـة وهـو يـنظم الحركـة المفرطـة والسـلوكيات النمطيـة، وتسبب قلة كميته مرض بارنكسون والرعشـة وأن زيادتـه تسـبب بعـض السـلوكيات المشـابهة لسلوكيات الأفراد ذوي اضطرابات التوحد. (الشامي، 2004).

3ـ النوربينفرين:

وهو معني بالمحافظة على اليقظـة والأحـلام وتنظـيم المـزاج، ولـه علاقـة قويـة بـالتوتر والقلق والإثارة. وله تأثير على الدمج الحسي والحركي. (الزارع، 2010).

ثالثاً: النظريات الوراثية والجينية:

تفترض أن عنصرـ الوراثـة كسـبب يفسرـ اضـطراب التوحـد وهـذا يفسرـ إصـابة أخـوة الأطفال التوحديين بالاضطراب نفسه، أو إصابة أقاربهم بعدد مـن الإعاقـات النمائيـة المختلفـة. (الخطيب وآخرون، 2010).

ومن العوامل الوراثية التي يمكن أن تكون سبباً في حدوث هذا الخلل الجيني:

- الجينات المتنحية أو الناقلة للمرض.
- الإشعاعات والأشعة السينية.

- الكروموسوم (إكس) الهش.
- اختلاف العامل الرايزيسي (RH factor).
- اضطرابات التمثيل الغذائي الوراثية.
- تسمم الحمل. (الروسان، 2010).

رابعاً: نظرية التلوث البيئي:

إن التلوث الذي يتعرض له الطفل في أثناء مرحلة النمو الحرجة مثل: المواد الكيماوية السامة. المعادن الثقيلة مثل الرصاص، الزئبق قد يؤثر في نطق الطفل في مجالات النمو المختلفة. وقد يحدث التلوث تلف دماغي وتسمم في الدم يؤدي إلى أعراض التوحد. (الزارع، 2010).

خامساً: النظرية الأيضية:

تشير هذه الفرضيات إلى أن عدم قدرة الأطفال التوحديين على الموجود هضم البروتينات وخصوصاً بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود بالقمح والشعير ومشتقاتهما وأيضاً بروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب هو سبب أعراض التوحد، وهذا يفسر استفراغ الطفل المستمر للحليب والأكزما الموجود خلف ركبته، والإمساك، أو الإسهال، ومن مظاهر اضطراب الهضم عند الأفراد التوحديين حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر. (الخطيب وآخرون، 2010).

سادساً: نظرية العقل أو المعرفة:

يذكر هالاهان وكوفمان (2012) أن نظرية العقل والمعرفة تشير إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك فيما تشير

إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة مثل: النوايا، المشاعر، المعتقدات، الرغبات. وفي هذا الإطار فإن معظمها لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين نتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل: نبرة الصوت، تعبيرات الوجه. وفي الواقع يظهر الطلبة ذوو اضطرابات التوحد درجات متباينة ومختلفة من الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين أو الاستدلال عليها والبعض لا يهتمون إن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين وهذا ما يجعلهم غير قادرين على القيام بأخذ دور الآخرين. (Hallahan, Kauffman pullen, 2012).

سابعاً: نظرية ضعف الترابط أو التماسك المركزي:

يميل الأطفال التوحديين إلى مراقبة التفاصيل في بيئتهم بالإضافة إلى ملاحظة أبسط أو أدنى تغيير قد يطرأ عليها ومعرفتهم عن العالم الذي يعيشونه غير مترابطة أو غير متماسكة. وبالتالي لدى الأطفال التوحديين حسب هذه النظرية ضعف ملحوظ في الوصول إلى النتيجة المطلقة أو الاستنتاج والحصول على المعنى الوظيفي من المثيرات البيئية، وأن هذا الضعف يحدث في المستوى الإدراكي، والانتباهي والمستوى اللغوي ـ الدلالي ويؤثر على فهم المعلومات اللفظية لديهم. وهذا يفسر لماذا أن الأطفال التوحديون أسرع من غيرهم في إيجاد الشكل الهندسي البسيط في الجسم أو الشكل المعقد الكبير. (الزريقات، 2010).

ثامناً: الدراسات السلوكية:

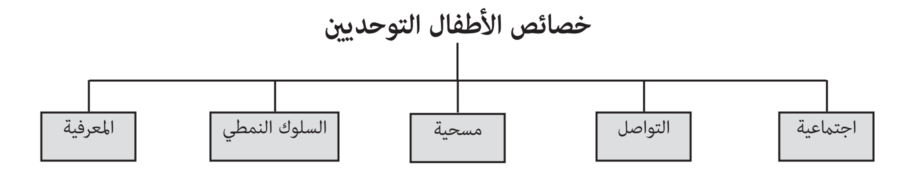
ساهمت الدراسات السلوكية في زيادة فهم العيوب الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين وتقترح بعض هذه الدراسات بأن العمر الاجتماعي الذي

يظهر لدى حالات التوحد يكون ناتج عن عدم القدرة في معالجة المعلومات الانفعالية لذلك فالطفل التوحدي يفتقر إلى القدرة البيولوجية اللازمة لإدراك الانفعالات الناتجة عن المثيرات والدوافع وهذا يؤدي إلى عجز في التعبيرات الانفعالية وأشارت هذه الدراسات أن الطفل التوحدي يعاني من إعاقة شديدة في قراءة التعبيرات الانفعالية الوجهية. (الزريقات، 2010).

خصائص الأطفال التوحديين:

إن الأفراد ذوي اضطراب التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص والصفات وربما يكون الاختلاف بين فرد وفرد ذوي اضطراب التوحد أكبر من التشابه، يذكر هيفيلن والايمور (Heflin & alaim, 2007) كما ورد في (الزارع، 2010) إن خصائص اضطراب التوحد تبدأ بالظهور منذ الأشهر الأولى، ولكنها تتضح بشكل أكبر بعد سنتين أو ثلاث سنوات من عمر الطفل وتستمر حتى مرحلة البلوغ وما بعدها ومن أهم الخصائص التي تميز هذه الفئة:

خصائص الأطفال التوحديين



الخصائص الاجتماعية:

وتعتبر المشكلات في جوانب التفاعل الاجتماعي من أهم المؤشرات والدلالات التي يتم من خلالها تشخيص التوحد ومن هذه الخصائص:

1ـ صعوبة في استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية: في بداية مراحل نموهم قد يتجنب الأطفال ذوو اضطراب التوحد النظر في أعين الآخرين أو يمكن مع مرور الزمن تتلاشى ضد الصعوبة في أغلب الحالات ولديهم صعوبة في فهم المشاعر والتعبير من خلال العين، وجذب انتباه الآخرين، والتنسيق بين النظر في أعين الآخرين والقيام بأفعال أخرى مثل التحدث وإصدار الإيماءات الجسدية. (الشامي، 2004).

2ـ صعوبة في التعبير عن المشاعر الذاتية وفهم الآخرين: يجد الطفل التوحدي صعوبة في فهم المشاعر مع أنه قد يفهم المشاعر المعقدة التي تتطلب درجة مرتفعة من التحليل الإدراكي مثل الخجل، الندم، الشعور بالذنب. (الشامي، مرجع سابق).

3ـ صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها. (الشامي، 2004).

الخصائص في المجال التواصلي:

وهي الدلائل الهامة التي تميز الأفراد التوحديين عن العاديين:

1ـ عدم تطور الكلام بشكل كلي والاستعاضة عنه بالإشارة.

2ـ نطق ا للغة بشكل طبيعي اقتصارها عن بعض الكلمات النمطية مثل تزايد بعض العبارات.

3ـ تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشاكل تتعلق بعدم الاستخدام المناسب للغة، كالانتقال من موضوع إلى آخر وعدم القدرة على تفسير نبرات

الصوت والتعبيرات الجسمية المصاحبة للغة، وأيضاً مشاكل في ارتفاع الصوت أو انخفاضه بحيث لا يتناسب مع الموقف أو مشاكل متعلقة باللغة الاستقبالية. (الخطيب وآخرون، 2010).

الخصائص السلوكية النمطية:

يعتبر السلوك النمطي (Stereotype Behavior) من أكثر الخصائص السلوكية المميزة للأطفال التوحديين مقارنة مع فئات التربية الخاصة الأخرى، أو مع العاديين تعد هذه الخصائص النمطية أساساً لفهم حالات التوحد:

1ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق باستخدام اليدين.

2ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق باستخدام القدمين.

3ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق بالمهارات الحركية العامة.

4ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق بالمهارات الحركية الدقيقة.

5ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق بالدوران أو الوقوف أو التمرين.

6ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق بإيذاء الذات.

7ـ السلوك النمطي الحركي الروتيني وإظهار أي مقاومة لتغير مواقع الأشياء في منزله.

8ـ السلوك النمطي الحركي المتعلق بالأشياء الخاصة به. (الروسان، 2010).

الخصائص المعرفية (Cognitive Characteristics):

يظهر معظم الأفراد ذوي اضطراب التوحد العديد من أوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يبديه أقرانهم ذوو الإعاقة العقلية:

ومن الخصائص المعرفية التي تميزهم:

- مشكلات الانتباه والتركيز البصري.
- مشكلات في النشاط الزائد.
- مشكلات في التذكر قصير المدى.
- مشكلات في التعلم.
- مشكلات في القدرة على التخيل.
- مشكلات في نقل آثار التعلم.
- مشكلات في التنظيم الذاتي.
- مشكلات في تنظيم الوقت.
- إظهار قدرات غير عادية لدى 25% من حالات التوحد خاصة في المهارات الحركية أو الحسابية أو الموسيقية أو الأدائية أو الرسم.
- مشكلات في ترميز اللغة.
- مشكلات في فك رموز اللغة.
- مشكلات في القراءة.
- مشكلات في الكتابة.
- مشكلات في المهارات الحسابية. (الروسان، 2010).
- الأطفال التوحديين يتباينون بشكل كبير في قدراتهم بحوالي 80% منهم لديه إعاقة عقلية كإعاقة إضافية. (Hallahan, Kauffman pullen, 2012).

معلومة: تعتبر شخصية رايموند (Raymond) التي قام بهاد وستين هوفمان (Dostin Hoffman) في فيلم رجل المطر (Rain man) بمثابة شخصية

عالم توحدي ونظراً للقدرات الخارقة التي يبديها مثل هؤلاء الأفراد فإنهم يكونوا هدفاً لوسائل الإعلام وعادة تكسب الأفلام التي تتناول مثل هذه الشخصيات شهرة وشعبية هذا يؤدي إلى إساءة فهم مثل هؤلاء الأفراد من عامة الناس (Hallahan, Kauffman pullen, 2012).

الخصائص الحسية (Sensory Characteristics):

يستجيب بعض الأفراد التوحديين أو ذوي الاضطرابات النمائية العامة إلى الإحساسات السمعية واللمسية والبصرية الدهليزية والسمعية بطريقة غريبة غير مألوفة، فإما يكونا شديدي الحساسية أو لديهم قصور في الاستجابة الحسية، وهذا يسبب مشكلات في معالجة المدخلات الحسية لدى الأطفال التوحديين فحوالي 40% من الأطفال التوحديين لديهم حساسية عالية لأصوات محددة عندما يتعرضون لها. فلذلك يغطون آذانهم أو يظهر الغضب لديهم كردة فعل بعد سماع الأصوات ولأنهم لا يستجيبون إلى الأصوات فإن بعض الآباء يعتقدون أن طفلهم أصم. فبعضه لا يستجيب للأصوات العالية والشخص نفسه يقوم بردة فعل للأصوات الناعمة مثل صوت الطباشير عند الكتابة على اللوح. (الزريقات، 2010).

قياس وتشخيص حالات التوحد:

إن التشخيص الدقيق لحالة التوحد ليس أمراً سهلاً وخاصة، أن الأفراد التوحديين ليسو متجانسين وخصائصهم أو بسبب وجود أمراض وإعاقات مصاحبة لحالة التوحد. (القمش، 2010).

وهنا لا بد من التأكيد على أهمية الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص حالات التوحد، ويعني ذلك أن يتكون فريق تشخيص حالات التوحد من

طبيب أطفال، طبيب أعصاب، وأخصائي قياس في التربية الخاصة وأخصائي في اللغة، ومعلم التربية الخاصة، حيث تكون لكل من هؤلاء مهمة معينة يهتم بالتركيز عليها حتى يتم تشخيص الطفل التوحدي بصورة متكاملة، ومن كل النواحي العصبية الحسية، البيولوجية، الوراثية، النفسية والتربوية.

لذلك تنوعت أساليب القياس والتشخيص بسبب تنوع حالات التوحد مثلاً نجد أدوات لقياس حالات التوحد الكلاسيكي، حالات اسبيرجر، أو ريت وتتمثل الخطوات بالتالية:

1ـ ملاحظة سلوك الطفل النمائي من قبل الوالدين والمعلمين ومقارنة مظاهر السلوك النمائي لدى الطفل التوحدي مع مظاهر السلوك النمائي لدى الطفل العادي.

2ـ استخدام الاختبارات المسحية السريعة أو قوائم التقدير والتي يمكن أن تعطي الفاحص تصوراً عن حالة الطفل ونوعها.

3ـ استخدام الاختبارات المقننة المعروفة في مجال تشخيص حالات التوحد. (الروسان، 2010).

ومن أدوات القياس والتشخيص لحالات التوحد في صورها الأصلية أو المعربة:

أولاً: الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة منه (DSM-IV) والذي صدر عام 1994 اعتبر اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة.

ويتم تشخيص التوحد لدى الطفل، فقد حدد هذا الدليل وجود ثلاث محكات رئيسية وهي (المغلوث، فهد، 2007):

المحك الأول:

توافر (6) أعراض على الأقل من المجموعات الثلاث التالية، على أن تتكون هذه الأعراض (2) من المجموعة الأولى، وواحدة من كل من المجموعتين (2) و(3) على الأقل وهذه المجموعات هي:

الأولى: العجز النوعي في التفاعل الاجتماعي: ويتوجب ظهور (2) من الأعراض التالية:

- العجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل: تحديق العينين، الإيماءات، والأوضاع الجسمية والتعبيرات الوجهية.
- الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مناسبة مع الأقران من العمر الزمني نفسه.
- فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين في الاهتمامات وضعف الاستماع وعدم المقدرة على التحصيل.
- الافتقار للسلوك الاجتماعي والانفعالي المتبادل. (المغلوث، فهد، 2006).

الثانية: العجز النوعي في التواصل: ويظهر في واحدة على الأقل من الأعراض التالية:

- تأخر في اللغة المنطوقة مع عدم مصاحبتها للتعويض من خلال وسائل التواصل الأخرى مثل الإشارة والإيماءات.

- الصعوبات في المناقشة أو الاستمرار في الحديث مع الآخرين في حالة وجود اللغة.
- النمطية والتكرار في استخدام اللغة.
- العجز في اللعب، ويتمثل في عدم التخيل والتنوع أو الافتقار للعب الاجتماعي مع الآخرين كما هو متوقع ممن هم في عمره الزمني نفسه.

الثالثة: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات: ويجب أن تظهر على الأقل في (1) من الأعراض التالية:

- الانشغال بواحدة أو أكثر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية.
- الالتزام بطقوس روتينية معينة غير وظيفية.
- حركات جسمية نمطية مثل (رفرفة اليدين وحركات معقدة لكامل الجسم).
- الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات. (المغلوث، فهد، 2006).

المحك الثاني:

التأخر أو ظهور وظيفة غير عادية قبل ثلاث سنوات في واحدة على الأقل في المجالات التالية:

- التفاعل الاجتماعي.
- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
- اللعب التقليدي أو الرمزي. (الخطيب وآخرون، 2010).

المحك الثالث:

أن لا تكون هذه الأعراض عائدة لاضطرابات ريت (Rett) أو تفكك أو انحلال الطفولة (CDD).

ثانياً: الدليل العالمي لتصنيف الأمراض الذي طورته منظمة الصحة العالمية (WHO) وفيه معايير للكشف عن التوحد في الطبعة العاشرة الذي صدر عام 1992 ويشير إلى أن تشخيص التوحد يجب أن يستند إلى عدد من المحكات منها:

1ـ ظهور عجز واضح قبل ثلاث سنوات في مجال واحد على الأقل من المجالات التالية:

- استخدام اللغة بوصفها وسيلة للتواصل مع الآخرين.
- اللعب التخيلي أو الوظيفي.
- التفاعل الاجتماعي المتبادل مع الآخرين.

2ـ قصور واضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل من خلال:

- عدم التواصل البصري مع الآخرين وعدم القدرة على استخدام الوجه أو الجسد للتعبير عن الانفعالات.
- الفشل في تكوين صداقات مع الأطفال ممن هم في العمر الزمني نفسه.
- عدم المبادرة إلى مشاركة الآخرين أفراحهم وأحزانهم.
- عدم طلب الحنان والأمان في أوقات الخطر، وعدم تقديم ذلك للآخرين عند حاجتهم لها.

- عدم القدرة على التبادل العاطفي والانفعالي مع الآخرين وعدم القدرة على تكييف السلوك ليتناسب والظروف الاجتماعية المحلية.

3ـ قصور في التواصل الاجتماعي من خلال:

- تأخر أو انعدام اللغة التعبيرية دون محاولة التعويض عن ذلك باستخدام الإشارات أو الإيماءات.
- عدم القدرة على النقاش أو الحوار مع الآخرين.
- تكرار اللغة أو المقاطع اللغوية.
- اضطراب في الصوت والإيقاع وسرعة الكلام ونغمته.
- عدم استخدام النمذجة أو الخيال في اللعب.

4ـ اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة وتظهر من خلال:

- الاهتمام المبالغ بنشاطات محددة.
- التعلق غير العادي بأشياء محددة.
- سلوكيات روتينية محددة وغير مألوفة.
- حركات نمطية بالأيدي والأصابع أو حركات جسمية معقدة.
- اهتمام مبالغ فيه بأجزاء الأشياء أو بخصائص غير وظيفية للأشياء مثل رائحة أو صوت الشيء.
- انزعاج كبير لتفاصيل بيئية صغيرة وغير مهمة.

5ـ أن لا تكون هذه الخصائص ناشئة عن الاضطرابات النمائية العامة أو اضطراب اسبرجر أو اضطراب ريت أو انحلال الطفولة أو فصام الطفولة أو الإعاقة العقلية. (الزارع، 2010).

ثالثاً: قائمة السلوك التوحدي The Autism Behavior Checklist (ABC):

وهـي أداة كشـفية طورهـا كـروغ ورايـك والمونـد (Kurg, Arik & Almound, 1980) وهدفت إلى التفريق بين حالات التوحد وبقية الإعاقات الأخرى، ويمكن لولي الأمـر أو المعلـم أن يكملها.

تتكون القائمة من (75) فقرة لخمسة مجالات فرعية وهي:

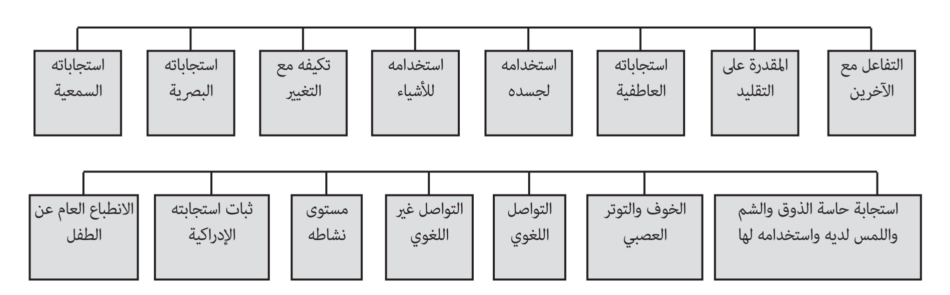
- المجال الحسي (Sensory Field).
- العلاقات (الارتباط) (Relation).
- استخدام الجسم والأشياء (Body and object use).
- اللغة (Language).
- العناية الذاتية والمجال الاجتماعي (Social and self help). (الزريقات، 2010).

رابعـاً: مقيـاس تقـدير السـلوك التوحـدي الطفـولي Childhood Autism Rating Scale (CARS):

ظهر مقياس تقدير السلوك التوحدي (CARS) من قبل فريق مـن البـاحثين العـاملين في برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين وذوي المشكلات التواصلية المعروفة باسم: Tretment & Education of Autistic and Related (TEACH)

ويعتبر مقياس تقدير التوحد الطفولي أكثر المقـاييس اسـتخداماً وانتشـاراً في تشخيص اضطراب التوحد وتحديد شدته، وقـد وصـفه العـاملون في برنـامج

علاج وتربية الأطفال التوحديين، وغيرهم ممن يعانون إعاقات تواصل أخرى وهو مقياس سلوكي مكون من خمسة عشر بنداً ويستغرق من بين 30 ـ45 دقيقة لإكماله طوره سكوبلر وآخرون (Sckopler, et al 1980) ويتم تقويم حالة الطفل في الجوانب السلوكية التي اعتمد فيها على النقاط التي ذكرها كانر وكديك وروتر والجمعية الوطنية للأطفال المصابين بالتوحد وهذه الجوانب هي:



وقد ظهرت صورة سعودية (الشمري والرضاوي، 2002) من هذا المقياس وتوفرت فيها دلالات صدق وثبات. (الروسان، 2010).

خامساً: قائمة تقدير السلوك التوحدي (الزارع، 2003)

ظهرت قائمة تقدير السلوك التوحدي في دراسة أعدها الزارع لنيل درجة الماجستير بإشراف الأستاذ الدكتور فاروق الروسان/ الجامعة الأردنية، ونشرها في عام (2005) هدفت إلى قياس وتشخيص السلوك التوحدي في عينة سعودية (ن=180) وقد تألفت القائمة من 2169 فقرة غطت الأبعاد التالية:

- بعد العناية بالذات.
- البعد اللغوي والتواصلي.

- البعد الأكاديمي.
- البعد السلوكي.
- البعد الجسمي والصحي.
- البعد الحسي.
- البعد الاجتماعي والانفعالي. (الشخص، عبد العزيز، 2004).

وقد توفرت للقائمة دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها لقياس وتشخيص حالات التوحد.

سادساً: مقياس تشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي (عويس، 2006)

ظهر مقياس تشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي في دراسة أعدتها عويس (2006) لنيل درجة الدكتوراه بإشراف الأستاذ الدكتور فاروق الروسان/الجامعة الأردنية، هدفت إلى بناء أداة قياس لتشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج (ن=1080) تتوفر فيها دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها في منطقة الخليج العربي، وقد تألف المقياس من (116) فقرة تغطي الأبعاد التالية:

- بعد القصور في التفاعل الاجتماعي.
- بعد القصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- بعد السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة المحددة بعد القصور في اللعب التمثيلي.
- بعد القصور المعرفي.

سابعاً: مقياس التشخيص الفارقي لحالات التوحد والإعاقة العقلية على عينة سورية: (عيسى، 2007)

ظهر مقياس التشخيص الفارقي لحالات التوحد والإعاقة العقلية في دراسة قام بها عيسى (2007) لنيل درجة الماجستير بإشراف الدكتور فاروق الروسان/جامعة دمشق، وكانت على عينة سورية (ن=210) توفرت فيها دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها لقياس وتشخيص حالات التوحد في سوريا، وقد تألف المقياس من (76) فقرة تغطي الأبعاد التالية:

- بعد التفاعل الاجتماعي.
- بعد اللغة والتواصل.
- بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات غير العادية والنشاطات.

ثامناً: مقياس تشخيص حالات التوحد: (جبر، 2007)

ظهر مقياس تشخيص حالات التوحد في دراسة قامت بها جبر (2007) لنيل درجة الماجستير بإشراف الأستاذ الدكتور فاروق الروسان/جامعة دمشق، وكانت على عينة سورية (ن=215) وتوفر له دلالات صدق وثبات ومعايير في البيئة السورية تبرر استخدامها لقياس وتشخيص حالات التوحد في سوريا، وقد تألف المقياس من (99) فقرة غطت الأبعاد التالية:

- بعد التفاعل الاجتماعي.
- بعد التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- بعد السلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات المحدودة.
- بعد الاستجابة الانفعالية.
- بعد الاستجابة الحسية.

تاسعاً: مقياس تشخيص السلوك التوحدي: (قزاز، 2007)

ظهر مقياس تشخيص السلوك التوحدي في دراسة قام بها قزاز (2007) لنيل درجة الدكتوراه بإشراف الأستاذ الدكتور فاروق الروسان/الجامعة الأردنية، وكانت على عينة أردنية (ن=250) توفرت له دلالات صدق وثبات ومعايير في البيئة الأردنية تبرر استخدامها لقياس وتشخيص حالات التوحد في الأردن وقد تألف المقياس من (60) فقرة غطت الأبعاد التالية:

- بعد التفاعل الاجتماعي.
- بعد الاتصال.
- بعد السلوكيات والاهتمامات والنشاطات المتكررة والنمطية المحددة.
- بعد الاضطرابات النمائية. (الروسان، 2010، ص269، 268، 267).

عاشراً: أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين The Behavior Rating Instrument For Autistic and Typical Children (BRIAAC):

طورها روتنبرغ وآخرون (Ruttenberg, et al 1966, 1977) وهي عبارة عن قياس ملاحظي مشتق من الممارسة الإكلينيكية ويتكون من ثماني مقاييس فرعية هي:

1ـ العلاقة مع الآخرين.

2ـ مهارات التواصل.

3ـ الاستجابات الاجتماعية.

4ـ حركات الجسم.

5ـ النطق.

6ـ اللغة التعبيرية.

7ـ العمل الإتقاني.

8ـ النمو البيولوجي النفسي.

لكل مقياس فرعي سلم متدرج مكون من (10) درجات تمثل استجابة الطفل ويتم تسجيل استجابته من خلال الملاحظة. (الشامي، 2004).

أحد عشر: مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد: Gilliam Autism Rating Scale-GARS

صمم هذا المقياس للاستخدام من قبل الأهل والمعلمين والمختصين على حد سواء، وقد صمم لتحديد حالات اضطراب التوحد لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 3ـ22 سنة، تصنف بنود الاختبار إلى ثلاثة اختبارات فرعية يقيس كل منها إحدى الجوانب التالية:

- التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- السلوك النمطي المتكرر.
- الاضطرابات التطورية.

ويمكن تعبئة هذه الاستمارة بأكملها في خمس أو عشر دقائق من قبل شخص لديه معرفة تامة بسلوك الطفل. (الزريقات، 2010)، (الصبي، محمد، 1423هـ).

ثاني عشر: أداة مسح التوحد للأطفال في عمر سنتين: Screening Test for Autism in Two-year-olds (STAT)

جرى تطوير هذا المقياس على يدي ويندي ستون (Wendy Stone) في جامعة فاندر بيلت تينسي، وذلك من أجل تمييز التوحد عن غيرها من إعاقات النمو، تعتبر أداة مسح التوحد للأطفال في عمر سنتين دقيقة في التمييز بين التوحد واضطرابات تطورية أخرى مثل الإعاقة العقلية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (24ـ35) شهراً. ويقوم المختص من خلال فترة لعب مدتها (20) دقيقة بتقويم الجوانب التالية:

- اللعب التمثيلي والاجتماعي.
- المحاكاة الحديثة.
- تطور التواصل غير اللفظي. (الزارع، 2010).

ثالث عشر: القائمة التشخيصية للأطفال المضطربين سلوكياً نموذج 1ـ E

The Diagnostic checklist for Behavior Disturbed Children from E-1

كانت الطبعة الأولى المتكونة من (76) سؤالاً توجه إلى الآباء تتعلق بتاريخ الحالة منذ الطفولة وتركز على صفات الطفل منذ الميلاد وحتى عمر ست سنوات (0ـــ 6) في الأعراض. نماذج الكلام، وقد تبين من خلال

استجابات الوالدين عن الأسئلة أن الأطفال المصابين بأعراض التوحد يظهرون سلوكاً أكثر توافقاً بعد السنة الخامسة والنصف وأن الأعراض التقليدية التي وضعها كانر تصبح أكثر تشتتاً. (الزريقات، 2010).

رابع عشر: القائمة التشخيصية للأطفال المضطربين سلوكياً نموذج: 2ـ E

The Diagnostic checklist for Behavior Disturbed Children form E-2

طوره ريملان 1984 وهو استبانه تتألف من (109) فقرات يملأ من الآباء الذين يبحثون عن معلومات حول تطور طفلهم من الميلاد إلى عمر خمس سنوات. كانت المعلومات المجموعة حول التفاعل الاجتماعي والعاطفي والكلام والحركة والمهارات التكيفية والذكاء وردة الفعل للمتغير الحسي وخصائص الأسرة. وتطور أي مرض والتاريخ البيولوجي والفسيولوجي، ويعطي الطفل علامة (+1) إذا كان توحدياً وعلامة (-) إذا لم يكن لديه سلوكيات توحدية والقوة الرئيسية للنموذج E-2 في أي النتائج المحققة تقارن بمجموعة واسعة من الحالات ولأكثر من (16000) حالة تعتبر هذه القائمة هامة في تقييم العلاج السلوكي الغذائي. (زريقات، 2010، ص205).

خامس عشر: التشخيص الفارقي للتوحد:

ما زال تشخيص اضطراب التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه المهنيين، والسبب أن خصائص التوحد غالباً ما تشبه الاضطرابات الأخرى، ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وتمييزهم عن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخرى. ومن هذه الاضطرابات الإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل. (شقير، زينب، 2007).

التوحد والإعاقة العقلية:

يبلغ حوالي 80% من التوحديين لـديهم إعاقـة عقليـة مرافقـة للتوحـد وهـذا يشـير إلى تشابه الخصائص التي تكون بينهم، لذلك يجب الانتباه إلى عدد من النقاط التي يتميز بها التوحد عن الإعاقة العقلية:

- الأطفال المعاقين عقلياً يتعلقون بالآخرين ولكن التوحديين لا يوجد لديهم تعلق.
- القـدرة عـلى المهـمات غـير اللفظيـة وخاصـة الإدراك الحـركي والبصري موجـودة عنـد التوحديين، ولكنها غير موجودة لدى الأطفال المعاقين عقلياً.
- نسبة العيوب الجسمية عند التوحديين أقل من العيوب عنـد الأطفـال المعـاقين عقليـاً. (شقير، زينب، 2007).
- يختلف نوع السلوك النمطي لدى التوحديين عن المعاقين عقلياً.
- لدى التوحديين مهارات خاصة في مجالات الذاكرة، الموسيقى، الفن وهذا لا يوجـد عنـد المعاقين عقلياً.

التوحد وفصام الطفولة:

كانوا في السابق يسمون التوحديين بالفصاميين لكثرة التشـابه بالخصـائص ولكـن حـديثاً أصبح هناك تفريق بين التوحد والفصام ومن هذه الفروق:

- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز ولكن التوحديين غير قادرين.
- الفصاميون يطورون علاقات مع الآخرين ولكن التوحديين لا يطورون.

- الفصاميون لديهم هلاوس وأوهام وترابط الكلام ولا توجد عند التوحديين.
- بدء اضطراب التوحد قبل (30) شهراً من العمر وبدء الفصام في عمر متأخر من الطفولة. (عادل، عبد الله).

التوحد واضطرابات التواصل:

تعتبر اضطرابات اللغة والكلام مظاهر أساسية للتوحد لذلك هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية ومن هذه الفروقات:

- لا يظهر التوحديين تعبيرات انفعالية مناسبة ولكن ذوي اضطرابات التواصل يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه.
- يفشل التوحديين في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ولكن ذوو اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين.

التوحد واضطرابات السمع والبصر:

- يظهر التوحديين كأنهم صم ولكن هم فعلياً لا يوجد لديهم إعاقة سمعية.
- الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيير الروتين تكون سلوكيات أساسية عند التوحديين وثانوية عند الصم.
- يمكن أن يظهر الأطفال المكفوفين أو ضعاف البصر استثارة ذاتية وحركات نمطية تشبه ما يقوم به التوحديين. (الخطيب وآخرون، 2010).

سادس عشر: قائمة تقييم السلوك التوحدي: (ATEC) (هارون، 2008)

ظهر مقياس قائمة تقييم السلوك التوحدي في دراسة قامت بها هارون (2008) لنيل درجة الماجستير بإشراف الأستاذ الدكتور فاروق الروسان/الجامعة الأردنية، وكانت على عينة أردنية، وتوفرت له دلالات صدق وثبات معايير البيئة الأردنية تبرر استخدامه لقياس وتشخيص حالات في الأردن، ودراسة فاعلية برامج التوحد، حيث يمكن استخدام هذه القائمة كاختبار قبلي واختبار بعدي.

التدخل العلاجي التربوي للأطفال التوحديين:

إن عملية تحديد طريقة تدخل معينة أمر يصعب تحقيقه مع أطفال التوحد وذلك بسبب التداخلات المعقدة لهذا الاضطراب. لذلك ظهرت العديد من البرامج التي تراوحت فعاليتها بين الأقل إلى الأكثر تأثيراً وهي من الممكن أن تقلل شدة الأعراض.

ومن هذه الطرق ما يلي:

أولاً: طرق التدخل المعقدة عن الاتجاه الفسيولوجي (Physiological Oriented Intervention Programs):

تهدف هذه الطرق إلى التخفيف من أعراض اضطراب التوحد من خلال استخدام العديد من الإجراءات الطبية الفسيولوجية عن طريق التغير في الجوانب الفسيولوجية في أجسام الأطفال ذوي اضطراب التوحد ومن:

1ـ العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية ومن الأدوية المضادة للقلق، الأدوية المضادة للتشنج، والأدوية المنبهة. (الشامي، 2004).

2ـ العلاج باستخدام الفيتامينات المتعـددة (Megavitamins): تهـدف هـذه الطريقـة إلى تقليص بعض أغراض التوحد، وذلك بإعطاء كميات إضافية من الفيتامينات تعمل عـلى تصحيح بعض الاختلالات البيوكيميائية ومن الأمثلة على هذه الفيتامينـات: فيتـامين (ب ـ 6). (الشـامي، مرجع سابق).

3ـ العلاج باستخدام السيكرتين Secretin الذي ينظم عمل البنكرياس والكبد.

4ـ العلاج باستخدام الغذاء بالابتعاد عن المواد البروتينية التي يصعب هضمها. (الروسـان، 2010).

5ــ التـدريب عـلى التكامـل السـمعي: (Auditory Integration Training): تهـدف هـذه الطريقـة في التـدريب إلى تقويـة عضـلات الأذن الوسـطى وتحفيـز الجهـاز المخيخـي والجهـاز الدهليزي للأذن.

وتفترض هذه الطريقة في التدريب أن بعـض أطفـال التوحـد لـديهم حساسـية سـمعية تجاه بعض المثيرات السمعية (الأصوات) وبعض الأفراد التوحد يعانون من مصـاعب في معالجـة المثيرات السمعية فإن التدريب من التكامل السمعي سيحسـن قـدرتهم عـلى معالجـة المثـيرات السمعية. (الزارع، 2010).

6ـ التدريب على التكامل الحسي: (Sensory Integration Training): إن هذه الطريقة تفترض أن الأفراد التوحديين لديهم مشكلات في التكامل الحسي نتيجة عدم قدرة أدمغتهم على دمج المثيرات البيئية من الحواس. فهنا

البرنامج التدريبي يعتمد على اللمس، وتدريب الحس المرتبط بموقع الجسم. (الخطيب وآخرون، 2010).

ثانياً: طرق التدخل المعتمدة على المهارات: (Skills-Blased Intervention Program)

تقوم هذه البرامج على فكرة أن الأفراد التوحديين يظهرون مشكلات في عدد من المهارات التي تحد من تفاعلهم مع الآخرين، لذلك تدريبهم يحسن سلوكياتهم الاجتماعية والتواصلية أو تقلل من سلوكياتهم التوحدية. ومن أهم هذه البرامج:

1ـ نظام التواصل عن طريق تبادل الصور: (Pictare Exchange Communication System PECS

ويهدف إلى تنمية مهارات التواصل اللفظي للأطفال التوحديين باستخدام الصور، اعتماداً على نقطة قوة لديهم وهي الإدراك البصري فهم يتعلمون أفضل من خلال رؤية الصور ومشاهدتها ويتم تعليم هذا الأسلوب في مداخل بين أربع إلى ست مراحل كالتالي:

المرحلة الأولى: يتعلم الأطفال أن يطلبوا تلقائياً تلك العناصر.

المرحلة الثانية: زيادة عدد الفقرات اللغوية التي يستخدمها الطفل عن طريق زيادة عدد البطاقات المستخدمة.

المرحلة الثالثة: تعليم الطفل التمييز بين أكبر عدد من البطاقات.

المرحلة الرابعة: تعليم الطفل البناء الرئيسي للجملة.

المرحلتان الخامسة والسادسة: إضافة بعض الصفات والمفـردات اللغويـة. (الـزارع، 2010، ص131).

2ـ التواصل الميسر (Facilitated Communication):

وتتميز هذه الطريقة عن التواصل اللفظي وذلك بتدريب الأطفال التوحديين على نطـق الكلمات وعلى التعبير عن أنفسهم وتقديم التلقين الجسدي لهم إمـا بالإشـارة أو الضـغط عـلى مفاتيح لوحة الطباعة أو السبورة أو الآلة الكاتبة. (الزارع، 2010).

3ـ الوسائل المساعدة على التواصل بالإنتاج الصـوتي: (Voice output Communication Aids VOCA)

وهي أجهزة تنتج كلاماً مصطنعاً ومسجلاً وتتكون مـن معروضـات عـلى شـكل صـور أو كلمات أو حرف أو حيث يضغط الشخص عليه تنتج الكلمة أو الحرف المرادف لها.

مثال: إذا ضغط شخص على صورة أو كلمة (أريـد) يسـمع هـذه الشـخص ومـن حولـه كلمة (أريد). (الشامي، 2004، ج).

4ـ جداول الأنشطة (Activitities Schedules):

وتأخذ جداول ا لأنشطة شكل كتيب صغير يتضمن خمس صفحات أو أكثر تحتوي كـل صفحة في هذا الكتاب على صورة تعبر عن نشاط معين يتم تدريب الطفل عليـه. ولكـل نشـاط مكونات خمسة تتمثـل في إمسـاك الطفـل بالجـدول ثـم قلـب الصـفحة والوصـول إلى الصـورة المستهدفة والإشارة إليها.

إذ لا بد أن يشير بيده أو يضع أصبعه على الصورة ويسمي ما به من أدوات ويتمثل المكون الثالث في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذي تعكسه الصورة ثم يؤدي هذا النشاط وأخيراً إعادة أدوات النشاط إلى مكانها. (الزارع، 2010)، (القريوتي وآخرون، 1998).

5ـ برامج الحاسوب (Computer Programs):

هناك أنواع من برامج الحاسوب تساعد ذوي اضطراب التوحد في تعلم اللغة ومنها يعتبر نوعاً من أنواع التواصل الإثرائي والبديل وبعضها الآخر يساعد على تعليم مهارات معينة مثل: القراءة، الكتابة، الرياضيات، العلوم. وهذه البرامج توفر صور يمكن استخدامها لألواح التواصل ومنها:

1ـ برنامج البورد ميكر (Board Maker).

2ـ برنامج بيكتشر إت (Picture It).

3ـ برنامج بيكس رايتر (Pix writer). (الشامي، 2004، ج).

6ـ القصص الاجتماعية (Social Stories):

وتهدف هذه الطريقة إلى تزويد الأفراد ذوي التوحد بالسلوكيات المرغوب فيها والدقيقة حول الموقف الذي يواجهه أو سيواجهه، ويهدف إلى تعليم مهارات اجتماعية معينة في موقف معين. (الخطيب، 2010).

7ـ التعليم من خلال الأقران (Peer Tutoring):

وهو أهم الطرق وأكثرها نجاحاً في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمهارات التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين، وهنا تدريب

الأطفال الطبيعيين على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال يعانون التوحد مثل مشاركة الآخرين وأخذ الأدوار، مساعدة الغير، اللعب، المدح. (الشامي، 2004).

البرامج التربوية (Education Programs):

تقوم البرامج التربوية للأطفال التوحديين في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك، لأن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية وليس انطباعات ذاتية، وهذا الأسلوب لا يضع اللوم على الوالدين وعلى العكس يشرك ا لوالدين في عملية العلاج ولأن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلم بسهولة مقارنة بالأساليب الأخرى. والبرامج التربوية تتضمن تركيزاً على الجوانب اللغوية النطقية عند التوحديين. ومن أشهر هذه البرامج:

أولاً: التدريس المنظم: علاج وتربية الأطفال التوحديين وذوي الإعاقات التواصلية المشابهة:

(Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children-TEACCH)

وأسس هذا البرنامج إيرك سكوبلر (Eric Hill) في جامعة نورث كارولينا الأمريكية في عام 1971 ويهدف إلى تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين وللأطفال ذوي المشكلات اللغوية. ويقبل البرنامج الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية ممن تتراوح أعمارهم بين (8 أشهر و55 سنة) دون اعتبار لدرجة الذكاء.

ويعتمد البرنامج على المثيرات البصرية كأفضلية على المثيرات اللفظية مع التشديد على ضرورة التعلم المنظم باعتباره أفضل من طرق التعليم الأخرى، وذلك عن طريق زيادة تكيف الفرد من خلال تطوير مهاراته الشخصية بإجراء التكيف والتعديل في البيئة وأيضاً تصميم برنامج تربوي فردي اعتماداً على التقييم ويستخدم البرنامج العلاج السلوكي والمعرفي باستخدام المثيرات البصرية والتركيز على الإرشاد الفردي وإشراك الوالدين. (الزارع، 2010)، (سهى، مطر، 1998).

ثانياً: برنامج مشروع الأطفال التوحديين (لوفاس):

(Young Autism Project LOVAAS)

وهو برنامج أسسه الطبيب النفسي (إيفارلوفاس) في أمريكا ويهدف إلى تعليم الأطفال التوحديين مهارات جديدة من خلال خطوات قصيرة، وهو يعتمد على التطبيقات العملية للإشراط الإجرائي والذي يرى أن السلوك الإنساني متعلم من خلال إجراءات ضبط المثير ومن خلال التعزيز. ويؤكد على تشكيل السلوك عند التوحديين أكثر من التشخيص ويركز على البيئة الحالية للطفل، وتشترك الأسرة في تخطيط البرنامج وتنفيذه. (الخطيب وآخرون، 2010).

ثالثاً: برنامج علاج الحياة اليومية:

وهو تأسس في مدينة طوكيو في اليابان وحالياً يوجد فروع في أمريكا، ويقوم البرنامج بتدريب التوحديين على اكتساب مهارات الحياة اليومية ومهارات العناية بالذات (المهارات الاستقلالية) التي تساعدهم في تعزيز ثقتهم

بأنفسهم، ومن ثم العيش دون مساعدة الآخرين ويعمل على تطوير واتباع ما يسـمى بـ(نغمة إيقاع الحياة) من خلال تدريبات رياضية مكثفـة ويقـوم البرنـامج بتنشـيط المهـارات المعرفيـة. (الشامي، 2004، ج).

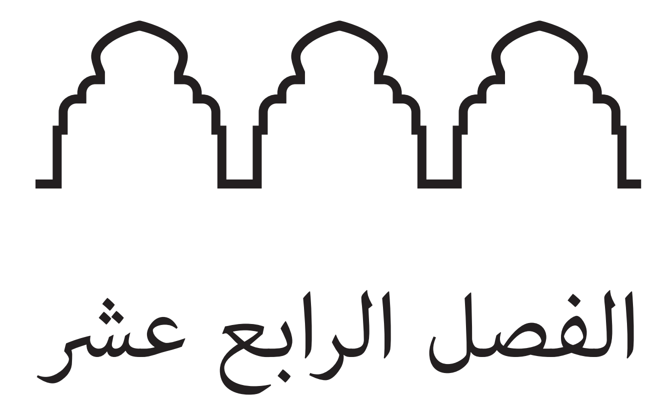
رابعاً: برنامج خبرات التعلم: برنامج بديل للأطفال دون سن المدرسة والآباء (ليب):

بدأ البرنامج في بنسلفانيا عام 1981 لتقديم خدمات للأطفال الصغار التوحديين الصـغار والأطفال العاديين من أعمار (3ـ5) سـنوات ويشـتمل عـلى برنـامج مـا قبـل المدرسـة، وبرنـامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء وأيضاً أنشطة مجتمعية. وهو يجمع الأطفـال التوحـديين مع العاديين ويمتاز باستخدامه للرفاق في التدريب على المهـارات الاجتماعيـة وتشـارك الأسرة في تطبيق الاستراتيجيات العلاجية ضمن برامج تدخل تستند إلى المنزل والمجتمع. (الزريقات، 2010).

خامساً: برنامج دينفر للعلوم الصحية:

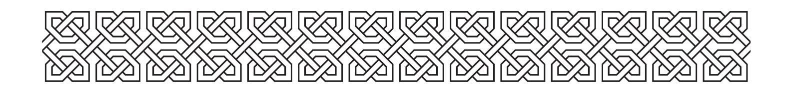
Denver Health Sciences Program:

أسسه روجرز في جامعة كولورادو الأمريكيـة عـام 1981 وانطلـق مـن المنحنـى الـنمائي بالاعتماد على نظريـة بياجيـه. ويقـوم بتطبيقـه فريـق متعـدد التخصصـات ويشـمل مجـالات التواصل واللعب والمجال الحركي والحسي ـ والاجتماعـي. ولـلأسرة دور مهـم في تطبيـق البرنـامج، وتتراوح ساعات التدريب للطفل بين (34ـ41) ساعة أسبوعية. (الزارع، 2010).



الفصل الرابع عشر

الموهبة والتفوق



الفصل الرابع عشر

الفصل الرابع عشر

الموهبة والتفوق

تعليم الموهوبين التحدي الأكبر للعالم العربي:

كان وما زال تعليم ورعاية الموهوبين مقياس رقي الحضارات وسيادتها على مدى السنين فالموهوبين هم الذين يوجهون الحضارة نحو الأفضل ويعطوا الأفضلية بين الحضارات، وإن أقرب وأوضح مثال هو الإبداع الذي ظهر في الحضارة الإسلامية، فخرجت فلاسفة وعلماء في شتى العلوم، ففي الطب برز المبدع ابن الهيثم وابن سينا، وفي الرياضيات برز الموهوب الخوارزمي، وفي العلوم الإنسانية برزت موهبة ابن خلدون وابن رشد، وغيرهم كثيرون فلا نكاد نذكر علماً من العلوم إلا ونذكر معه عالماً مسلماً قام بدراسته وتدريسه، وله فيه كتب ومؤلفات يستشهد بها في أكبر المعاهد والجامعات العالمية.

لكن مع كل أسف مع بداية الاستعمار تدهورت الأحوال وهجر الكتاب وطمسة المحابر وتوقف عهد العلم والتعلم، وبدأ عصر التخلف والتدهور والانحلال، ففي عهد الاستعمار انخفضت حالة التعليم المؤدية للموهبة والتطور والإبداع في العالم العربي واستمرت في الانخفاض، فلم يكن التعليم والتطور من أولويات المحتل كما كانت الأموال والثروات والموارد العربية. (قطناني، 2011).

فعندما ننظر في النظم التعليمية في الدول العربية الآن نجد أن هناك الكثير من المشاكل، وبعض هذه المشاكل تكمن في جميع النظم وبعضها يتصل بشكل أكثر تحديداً على النظم التعليمية في بعض الدول العربية. في العالم العربي نجد أن هناك الكثير من السلبيات في النظم التعليمية، وهذه غالباً ما تكون ذات الصلة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

فلا بد من تعاون الجهود الداخلية والخارجية بين الدول العربية لزيادة الكفاءة التعليمية بتبادل الخبرات والاطلاع على التجارب المفيدة من خلال رعاية الموهبة والموهوبين ليس في الإطار النظري والندوات والاجتماعات بل على التطبيق الفعلي لهذه الرعاية، وخير من هذا كله العمل على تغير المناهج التعليمية لمواكبة ما هو جديد، والتركيز على الهيئة التدريسية بعقد الدورات وبذل المكافئات للمدارس الأفضل.

فلا بد من سعي وزارات التربية بالتعاون مع مجالس رعاية الموهوبين والمتفوقين لرفع كفاءة الأنظمة التعليمية وزيادة اهتمامها بشخصية المتعلم (تنشئة الموهوبين)، والعمل على إعداده بما يتناسب والعصر الذي نعيشه ليكون قادراً على استشراف المستقبل، ولا يكون ذلك إلا بالتعاون بين الهيئة التدريسية والطالب، فالتعلم هو علاقة متبادلة بين الطالب والمعلم والمادة التعليمية، من هنا يمكننا تحديد الخلل والعمل على علاجه. (عايدة وآخرون، 2010).

التصورات المختلفة للموهبة:

لقد تم تعريف الموهبة والتفوق والتمييز بطرق متعددة فبعضها يرجع لمناطق محددة يحتاج فيها لشرح الأداء فلو تم استبعاد مناطق ذات أهمية في ثقافة

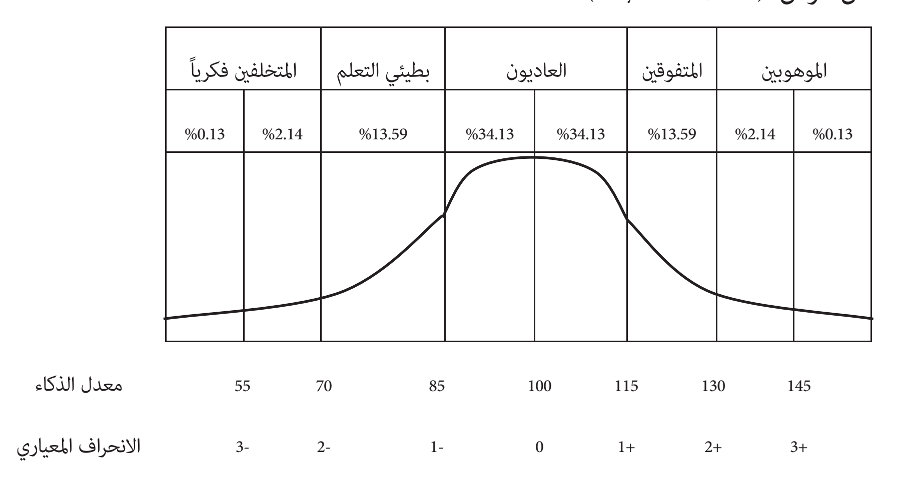
محددة مثل تصورات الموهبة التي ربما لا تقبل وربما تظهر الموهبة بمعنى مناسب لتركيبة ثقافية معينة، فالمجتمعات التكنولوجية الحديثة تقيم الذكاء المنطقي الرياضياتي والقدرة اللغوية تقييماً عالياً وعلى الجانب الآخر فإن عادة الثقافة العربية هي وضع الحمل على حقائق الذكاء الاجتماعي أكثر من التكنولوجي، وترى أهداف تربية الطفل أساساً من منطق مهارات اجتماعية وتؤكد على التفاعل مع الناس كأهداف موروثة هامة ولذا تتبنى مجموعة مهارات إدراكية عقلية.

ومن ناحية أخرى فقد تم التعرف على الموهوبين من خلال بعض الخصائص المحددة والتي تشمل الذكاء السريع والحكمة والفكاهة والاتجاه المرن النشيط والقيادة والتفوق اللغوي ومعرفة كل شيء وتنعكس على الأطفال أسماء معينة «العائد بعد الوفاة» والتي تعتبر مؤشر للموهبة. وتم اختيار الموهوبين في المجتمعات حسب أدوار خاصة والتي تكتشف في الأعمال المبكرة، وهذا يعتمد على كينونة الفرد حسب قدراته. (طارق، عامر، 2005).

أكدت العديد من الأبحاث الميدانية أن الموهبة في التحصيل العلمي الأكاديمي أكثر مظاهر الموهبة انتشاراً بين أفراد مجتمعنا العربي. لذلك نجد أنفسنا بحاجة ماسة إلى نشر المفهوم العلمي الصحيح للموهبة رغم اختلاف وجهات النظر في تعريف الموهوبين.

فالموهبة ليست مقدار الدرجة التي يحصل عليها الشخص، بقدر دقة توصيف الحالة السلوية النفسية التي يمر بها المرء. فحصر عملية تشخيص الفرد بدرجة محددة تؤدي إلى مضاعفات قد لا تحمد عقباها كزيادات حالات الغش،

وضعف النفوس في المقاومة وما شابه. أما التوصيف السلوكي فيكون نتيجة لمعايشة المرء لفترة من الزمن. (Gary a. Davis, 2001).



التوزيع الطبيعي للقدرات الفكرية

الموهوبين:

إن الاهتمام بالمتفوقين والموهوبين لا يكون على توفر البرامج والمناهج والنشاطات التربوية والتعليمية التي تهتم بتنمية قدراتهم العقلية والذهنية، ولا في وضع القوانين والأنظمة التي تنظم حياتهم وتسهل التعامل معهم، بل يتعدى ذلك إلى رعايتهم نفسياً واجتماعياً وتربوياً وجسمياً، ووضع برامج ومناهج تضمن لهم نمواً نفسياً وجسمياً واجتماعياً متكاملاً يحقق الشخصية المتكاملة (تقدير الذات) في جميع جوانبها. (ديب، عايدة، 2010).

وتعتبر الرعاية الاجتماعية والنفسية للفرد الموهوب من أقوى وأفضل وأسرع الأمور لنمو حياتهم واستقرارهم، وإذا كانت الرعاية الاجتماعية التي توجه إلى الفرد الموهوب هامة فإن توجيهها إلى المتفوقين أهم حيث يعتبر هؤلاء

الفائقين هم علماء المستقبل وبناة النهضة وقادة المجتمع، واهتمامنا بهذه الفئة الاستثنائية وهي جزء من الفئات الخاصة من الأفراد الموهوبين إنما هو اهتمام بالثروة البشرية (الثروة الخفية) التي تحتاجها المجتمعات كافة لبناء نفسها والنهوض بها، ويقصد بالفئات الخاصة من الأفراد أصحاب الخصائص والسمات الخاصة التي لا توجد عند باقي الطلاب من نفس العمر والقدرات سواء أكانت هذه السمات تتصف بالتفوق والنبوغ والتقدم أم تؤدي إلى العجز والإعاقة أو حتى التخلف، بمعنى أن هذه الفئات تختلف في سمتها وخصائصها عن مجموع الطلاب الآخرين وتشمل الفئات الخاصة المتفوقين والمعوقين. (الشربيني، زكريا، وآخر، 2002).

إن برامج ومناهج والنشاطات الخاصة في رعاية الطلبة المتفوقين والموهوبين قد لا تنتج بالضرورة مخترعين أو قادة، ومفكرين ومنتجين قادرين على تغيير موازين الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغيرها...، لكنها قد تضمن توفير البيئة التعليمية المناسبة لتنمية قدرات الفرد ومواهبه وتقدمه وإدراك ذاته، وبخاصة إن كانت معدة إعداداً جيداً، ومتكاملاً، ومنسقاً، فالبرامج والمناهج ذات الإدارة غير المؤهلة لا توفر البيئة التعليمية المناسبة لتنمية القدرات الفردية للطلبة العاديين. كيف الحال عند الطلبة المتفوقين والموهوبين، مما يسبب إحباطاً للفرد وتوقفاً لطموحه وقدراته وإنجازاته واكتفائه باكتساب الدرجة التعليمية ـ إن كان متعلماً ـ دون الاستفادة التامة من جميع القدرات الربانية الموهوبة له، والعمل على تطويرها، والاستفادة من العلوم التي تمت دراستها. (قطناني، 2011).

«والموهوبون هم فئة من الطلاب الـذين أنعـم اللــه عليهم باسـتعدادات والقـدرات المرئية وغير المرئية (غير عادية) وأداء متميز عن بقيـة أقـرانهم في مجـال أو أكـثر مـن المجـالات التي يقدرها المجتمع وخاصة في مجال التفوق العلمـي والتفكـير الإبـداعي والتحصـيل العلمـي والمهارات والقدرات الخاصة، من أجل ذلك لا بد على الأمة الحفاظ على هـذه الـثروة العظيمـة وعدم تناسيها بالإهمال وانعدام الرعاية المطلوبة، فهؤلاء الموهوبون والمبدعون بكـل تأكيـد هـم الذين يملكون مفتاح التغيير إلى الأفضل في سبيل نهضة الأمة وتقدمها ورقيهـا». (الجـديبي، رأفـت، 1425هـ).

من هنا يعـد موضـوع الموهبـة (giftedness) والإبـداع (creativity) والتفـوق والعبقريـة والنبوغ، من الموضوعات المطروحة حديثاً في عمل التربية وبشكل خاص في الجامعات والكليـات والمراكز الريادية التي تتحمل على عاتقها تربية الموهوبين والمتفوقين، خاصة وأن مظلـة الموهبـة تشمل عدداً من فئات الأطفال غير العاديين، حيث تشكل هذه الفئة نسبة لا يستهان بها في أي مجتمع وقد تصل إلى ما نسبتهم من 2ـ3% من المجتمع المدرسي، إلا أن هذه الفئة من الأطفـال غير العاديين لم تحصل بشكل دائم على الخدمات التربويـة والتعليميـة مـن منـاهج ونشـاطات التي تعتبر ضرورية لتنمية إمكانياتهم وقدراتهم إلى أقصى حد ممكن. (جروان، 2004).

فالموهوبون إذاً هم مـن تفوقـوا، وتميـزوا وأبـدعوا في قـدرة أو أكـثر مـن القدرات الخاصة. وقد اعترض الـبعض عـلى اسـتخدام هـذا المصـطلح في مجـال التفوق العقلي والإبداع على أسـاس أن الاسـتخدام الأصـلي لهـذا المفهـوم قصـد

به من يصلون في أدائهم إلى مستوى مرتفع في مجال من المجالات غير الأكاديمية كمجال الفنون والألعاب الرياضية والمجالات الحرفية المختلفة والمهارات الميكانيكية، وغير ذلك من مجالات كانت تعتبر فيما مضى بعيدة الصلة عن الذكاء، فالمواهب قدرات خاصة ذات أصل تكويني لا يرتبط بذكاء الفرد، بل إن بعضها قد يوجد بين المختلفين عقلياً. (الجديبي، رأفت، 1425هـ).

ومن هنا نجد أنه لا يوجد تعريف واحد مخصص ومعتمد اعتماداً عاماً وخاصاً للموهبة والتفوق أي متفق عليه ويجب أن نشير هنا إلى أنه لا يزال الاستعمال الشائع لهذين المصطلحين (الموهوب والمتفوق) حتى في أوساط الخبراء يشوبه الكثير من الغموض وعدم الترابط والخلط وغالباً ما يتم استخدام أحدهما بديلاً للآخر. وهناك من المربين من يرى الموهبة والتفوق هي حالة نمو متواصل، ويصفون التفوق على أنه الأعلى من الموهبة في مجالات محددة.

ويقول كوكس: بإمكاننا أن نتحدث عن الموسيقيين وكتاب وعلماء وموهوبين ولكن (المتفوقين) منهم عدد قليل. فليس كل موهوب متفوقاً وكل متفوق موهوباً. (حواشين، زيدان، 1998).

أما المربون إينال وبوستن فقد استخدموا مصطلح (المتعلم القادر) بدلاً من (الموهوب).

وفضل كل من المربيان (رينزولي ودايز) مصطلح (السلوك المتفوق) وأضافا أنه لا يجب تصنيف الطلاب (موهوب، متوسط الموهبة، غير موهوب). (جروان، 2004).

وعم الاهتمام بهذا الموضـوع مختلـف أنحـاء دول العـالم ابتـداء مـن الولايـات المتحـدة الأمريكية، وحتى الدول العربية مثل الأردن ومصر ومجمل دول الخلـيج العـربي وسـوريا حيـث يقام كل سنة اجتماع الهيئة العربية المنعقـدة تحـت اسـم (المجلـس العـربي لرعايـة الموهـوبين والمتفوقين الذي يعقد في الأردن) ففي هذه الاجتماعات يجمع المجلس بضرورة تعلـيم الأطفـال الموهوبين والمبدعين، كما يتم جمع وتسمية وتقييم جميع المفاهيم والمعلومات المتعلقة بـتعلم الموهوبين من قبل أعضاء المجلس العربي من تسوية أمور الأطفال المبدعين والموهوبين.

وفي دراسة لـ(Daviclsons, Sternberg, 1983) الذي يـرى تفاعـل عوامـل ينـتج عنهـا أداء الموهبة والتفوق. وهذه تشمل:

1ـ القدرة العامة أو الذكاء العام المختبر عن طريق IQ المطلوب لعدة أنواع متنوعة مـن الإنجاز.

2ـ القدرة الخاصة لمختلف أنواع العمل.

3ـ عوامل لا عقلية إدراكية وهي مجموعة عناصر مؤثرة مثل قوة الذات والمثابرة.

4ـ عوامل بيئية وتشمل البيت والمدرسة والمجتمع والمسؤولين عن زيادة الحد الأقصى للقدرات وتحديد اتجاهاتها كعوامل باعثة. (طارق، عامر، 2005).

التعريف الفيدرالي الأمريكي عام 1972:

«إن الطلبة المتفوقين هم أولئك الذين تـم تحديـدهم مـن قبـل أشـخاص ذوي أهلية عالية على أنهم قـادرون عـلى الأداء الراقـي بفضـل قـدرتهم البـارزة،

وهؤلاء الأطفال الذين يحتاجون إلى برامج تربوية وخدمات متميزة تفوق تلك التي تقدم عادة في برامج المدارس العادية وذلك لكي يدركوا بشكل جلي أهمية مساهمتهم لمجتمعهم ولأنفسهم. أما الأطفال القادرون على الأداء الراقي فهم الطلبة الذين أظهروا تحصيلاً أو قدرات عادية في واحدة من المجالات التالية:

1ـ قدرة فكرية عامة.

2ـ أهلية أكاديمية نوعية.

3ـ التفكير الإبداعي الخصب.

4ـ فنون علمية أو بصرية.

5ـ فنون حركية نفسية.

6ـ قدرات قيادية.

وما يميز هذا التعريف أنه لا يعتمد على درجة الذكاء فقط بل أخذ بعين الاعتبار كل من المواهب والعمل الإبداعي والقيادة والقدرات الحركية النفسية. (سرور، 2003، ص31).

التعريف الفيدرالي الأمريكي المعدل (المطور):

في عام 1978 راجعت لجنة من الكونغرس الأمريكي تعريف الموهوبين وتوصلت إلى التعريف الآتي: «إن الموهوبين هم أطفال جرى تحديدهم في فترة ما قبل المدرسة الابتدائية أو الثانوية على أنهم يمتلكون قدرات كامنة ذات إثبات وبرهان تشير إلى قدرتهم على الأداء الراقي وامتلاكهم قدرات فكرية أو إبداعية أو أكاديمية محددة ويتمتعون بفن القيادة، ويستطيعون ممارسة الفنون

البصرية والعملية، والذين: لهذه الأسباب مجتمعة يحتاجون إلى (خدمات ونشاطات) لا تجري في المدرسة العادية النظامية، بغرض تطوير تلك القدرات بشكل كامل».

ونلاحظ الفرق بين التعريفين يقع في استبعاد القدرة النفسية الحركية والرياضية لأنها تقع خارج نطاق الاهتمام بالموهوبين ولأن البرامج الرياضية برامج تفوق مستقلة ومتكاملة الأبعاد. (Gary a. Davis, 2001).

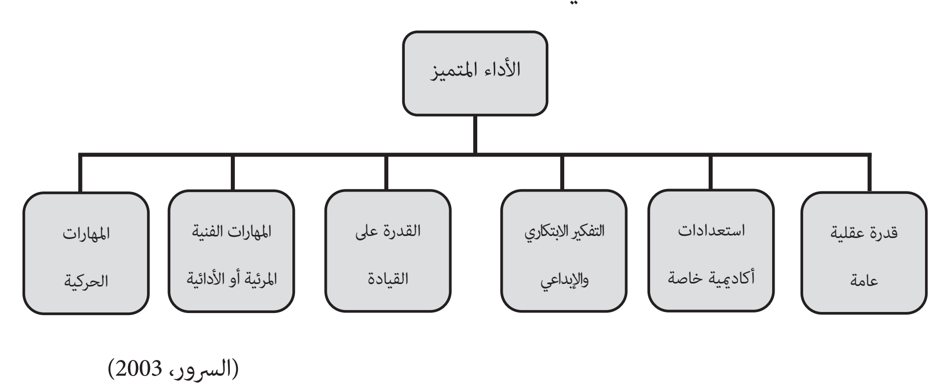
تاننيوم: فقد اقترح ضرورة توافر خمسة عوامل يمكن أن تساهم في تحديد الموهوبين ونجاحهم: القدرة العقلية العامة التي تعبر عن العامل العام والقدرة الخاصة الطفل الموهوب والمتفوق هو ذلك الذي يتوافر لديه الاستعداد أو الإمكانية ليصبح منتجاً للأفكار التي من شأنها تدعيم الحياة البشرية أخلاقياً وعقلياً واجتماعياً. (حواشين، المرجع السابق، ص11).

ويرى لوسيتو 1963م بأن الموهوبين هم هؤلاء الطلاب الذين تؤهلهم طاقتهم العقلية للوصول إلى مستويات مرتفعة من التفكير الإنتاجي والتفكير التقويمي على نحو يسمح لهم بالوصول في المستقبل إلى مستويات مرتفعة من القدرة على حل المشكلات والاختراع وتقويم الثقافة وذلك إذا ما توافرت لهم الخدمة والإمكانيات التربوية المناسبة. (Gary a. Davis, 2001).

تعريف (مارلاند) تعريف اللجنة الحكومية الأمريكية للتربية (1971):

يعرف مارلاند التفوق العقلي بأنه تلك القدرة العالية عند الفرد الذي تمكنه من القيام بأداء متميز والذي يحتاج إلى خدمات أو برامج تربوية خاصة

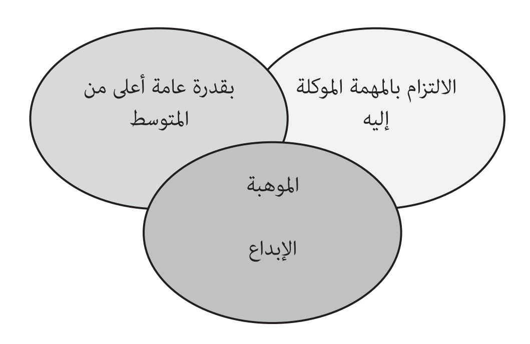
فوق ما يقـدم عـادة في الـبرامج المدرسـية العاديـة ليـتمكن مـن تحقيـق إسـهامات نحـو ذاتـه ومجتمعه والأداء المتميز يشمل ما يلي:



(السرور، 2003)

نموذج رينزولي الثلاثي:

يقول رينزولي «يعكـس الموهـوب عمليـة تفاعـل بـين ثـلاث مجموعـات مـن السـمات البشرية وهي تمتع الموهوب (بقدرة عامة أعلى من المتوسط) غير عالية ومسـتويات عاليـة مـن (الالتزام بمهمة موكلة إليه) عامل التحـريض والـدوافع ومسـتويات عاليـة مـن الإبـداع والخلـق الابتكاري» إن الطلبة الموهوبون أو المتفوقون هم تلك الفئة التي تمتلـك أو لـديها القـدرة عـلى تطوير هذه المجموعة المركبة من السـمات وضـعها موضـع تطبيـق في أي مجـال مـن مجـالات الأداء البشري.



الفصل الرابع عشر

مفهوم التميز (Conception of Giftedness):

الفرد المتميز هو الذي يعطي دليلاً على قدرته على الأداء الرفيع في المجالات العقلية والإبداعية والفنية والقيادية والأكاديمية الخاصة، ويحتاج إلى خدمات وأنشطة لا تقدمها المدرسة عادة وذلك من أجل التطوير الكامل لمثل هذه الاستعدادات أو الفعاليات.

المتميزين هم أولئك المؤهلون بدرجة عالية ولديهم استعداد على التحصيل ويتمتعون بواحدة أو أكثر من القدرات ومنها القدرة العقلية العالية، قدرة قيادية، أكاديمية متخصصة، فنية إبداعية حركية، المثابرة، والإبداع. (السرور، 2003، ص16).

العبقرية (Genius):

هو ما يشير إلى القوة العقلية الفاعلة في الندرة كدرجة الذكاء المرتفعة جداً أو الإبداع العالي جداً أو التحصيل العالي جداً، فالعبقري مبدع وموهوب وذو تحصيل عالٍ في المجال الذي تظهر فيه عبقريته والعبقرية أعلى ما تعنيه اختبارات الذكاء.

قوة فكرية فطرية من نمط رفيع كتلك التي تعزي إلى من يعتبرون أعظم المشتغلين في أي فرع من فروع الفن أو التأمل أو التطبيق طاقة فطرية وغير عادية، وذات علاقة بالإبداع التخيلي أو التفكير الأصيل أو الابتكار أو الاكتشاف. (السرور، عمان، 2003).

التفوق التحصيلي (High Achievement):

يشير إلى التحصيل العالي والإنجاز المدرسي المرتفع، فالتحصيل الجيد يعد مؤشراً على الذكاء ويعرف المتفوق تحصيلياً بأنه الطالب الذي يرتفع في إنجازه وتحصيله الدراسي بمقدار ملحوظ فوق الأكثرية من أقرانه.

ويمكن لنا تمييز نوعين من التفوق التحصيلي:

التفوق التحصيلي العام والتفوق التحصيلي الخاص

عام ⬅ في عدة مجالات أكاديمية

خاص ⬅ في مجال معين أو مادة معينة

النبوغ: هذا المفهوم مثل سابقه من حيث قلة استخدامه في المجالات التربوية ومع ذلك يمكن القول أنه يشير إلى الأفراد الذين يحققون نمواً عقلياً في وقت مبكر من حياتهم كما أنهم في الوقت نفسه يتفوقون عقلياً على الآخرين الذين أمثال عمرهم.

الابتكار: هو التطبيق العملي للوصول إلى حل جديد له قيمة لمشكلة تكنولوجية، أو هو عملية صنع منتج جديد أو تطويره لجعله أكثر قبولاً من الناحية الاقتصادية.

الذكاء (Intelligence):

الذكاء بشكل عام يعني قدرات الفرد في عدة مجالات مثل القدرات العالية في المفردات والأرقام والمفاهيم وحل المشكلات، والقدرة على الإفادة من الخبرات وتعلم المعلومات الجديدة والتكيف في الحالات الجديدة.

أما مصطلح «الموهبة» فقد مر بأربع مراحل على طريق تطوره:

1ـ مرحلة ارتباط الموهبة بالعبقرية كقوة خارقة.

2ـ مرحلة ارتباط الموهبة بالأداء المتميز في ميدان أو آخر من الميادين التي اهتمت بها الحضارات المختلفة.

3ـ مرحلة ارتباط الموهبة بنسبة الذكاء كما تقيسها الاختبارات الفردية (ستانفورد بينيه واختبار وكسلر).

4ـ مرحلة اتساع مفهوم الموهبة ليشمل الأداء العقلي المتميز أو الاستعداد والقدرة على الأداء المتميز في المجالات العقلية.

وعلى ضوء ذلك نتبنى التعريف التالي للموهوبين:

حيث اعتقد أنه جامع أي يجمع بين جميع الأفراد ذوي القدرات والسمات التي أوردها العلماء في تعريفاتهم للموهبة حيث أرى أن هذا التعريف قد اشتمل على التعريف التقليدي الذي يركز على نسبة الذكاء والتفوق في القدرة العقلية والتعريف الحديث للموهبة الذي يركز على مجموعة قدرات من ضمنها الذكاء، وسمات تميز الفرد الموهوب عن غيره من الأفراد ودمجهما في إطار واحد.

«إن الأطفال الموهوبين هم الأطفال الذين لديهم قدرات إنجازية عالية في المجالات العقلية والإبداعية والفنية والمجالات الأكاديمية المحددة، وكذلك لديهم القدرة على القيادة، ويقوم هؤلاء الأطفال بتطوير هذه الاستعدادات والقدرات بطريقة متكاملة من خلال ممارستهم لبعض النشاطات أو أدائهم لبعض

الخدمات غير المنهجية التي لا تقدمها لهم المدرسة ويتم التعرف عليهم بواسطة أفراد متخصصين مؤهلين علمياً وهؤلاء الموهوبين من ذوي الأداء المرتفع ومن لا تخدمهم مناهج المدارس العادية وبحاجة إلى برامج متخصصة ليتمكنوا من خدمة أنفسهم ومجتمعهم.

حيث أجد أن هذا التعريف أشار إلى المفاهيم السابقة مجتمعة التي يجب أن نميز بها الفرد الموهوب، وعندما نتفحص هذا المفهوم نلاحظ أنه يضم جميع أنواع الموهبة سواء كانت موهبة عقلية أو موهبة في بعض المجالات الأكاديمية أو أية موهبة أخرى من خلال:

1ـ مستوى عال من الاستعداد أو القدرة على الأداء المتميز في مجال معين أو أكثر.

2ـ الأداء الخاص الذي يدخل في الاعتبار وهي تتراوح بين الأداء الأكاديمي والأداء الفني والإبداع.

3ـ إن الموهوب والمتفوق هو من لديه تحصيل مرتفع وامتلاكه الاستعداد لذلك في المجالات الآتية: (القدرة العقلية/الاستعداد الأكاديمي/التفكير الإبداعي/القدرات الخاصة «لقيادة»).

4ـ يتم تصنيفه وفق الأسس والمقاييس العلمية (من خلال الأدوات والوسائل المتعارف عليها).

5ـ يتم الكشف عن الفرد المتفوق والموهوب من قبل أشخاص مؤهلين مهنياً.

الفصل الرابع عشر

من هم الأطفال المتفوقون؟

بعد الأطفال الذين يمتلكون مستوى عالياً من الذكاء والاتجاهات والمواهب الخاصة متفوقين. فقد عرف هافهرست الطفل الموهوب أو المتفوق بأنه الطفل الذي يظهر باستمرار أداءً متميزاً في أي نشاط أو مجال مفيد.

وفي الصف (المدرسة) لا يخفق الأطفال المتفوقين في جذب انتباه المدرسين، لأنهم لا يستطيعون أن يتجاوزوا الطفل العادي في الصف أو يسبقوه. ولذلك فإن الحاجة للاهتمام الخاص بالنسبة لهم لا يتم الشعور بها أو إدراكها بدقة. ومن جهة أخرى فإن الأطفال المعوقين دائماً يتطلبون انتباهاً خاصاً من المعلم. في علم النفس لا توجد خطوط صلبة أو حدود حاسمة أو سريعة لفصل مجموعات عن أخرى، لأن الخصائص النفسية موزعة على مستقيم كبير ولذلك من الصعب جداً أن يحدد العدد المناسب للمتفوقين. ولكن على كل حال إن علماء النفس قد حددوا مجموعات المتفوقين جداً والمتفوقين في مجال حاصل الذكاء، علماً أن التصنيف الذي يتم اتباعه واعتماده في هذا المجال غير متفق عليه تماماً أو بشكل كامل كما هي الحال بالنسبة للحدود العليا والدنيا. (المصدر: كيف نكشف الأطفال المتفوقين وكيف نطورهم؟ ـ شنتماي كار).

ولكن مَن هو المتفوق؟ إن المتفوقين هم أولئك الأطفال الذين تضعهم قدراتهم العقلية في المستوى الأعلى لتوزع السكان. فالمتفوقون دراسياً يمتلكون حاصل ذكاء قدره 130 فما فوق وهم يمتلكون قدرة معرفية عالية وإبداعاً في التفكير والإنتاج وموهبة عالية في مجالات خاصة. بحيث يمكن أن يكونوا في

المستقبل حلالين للمشكلات ومبدعين للمعرفة ومقومين للثقافة إذا تم تزويدهم بالخبرات التربوية المناسبة. (جروان، فتحي، 2004).

وبالتالي فالطفل الموهوب أو المتفوق لديه مستوى أعلى من المتوسط في الذكاء يظهر على شكل أدائه المتفوق في المدرسة وفي أدائه على اختبارات الذكاء. وهذا الطفل لديه نوع من الالتزام في المهمة تظهر على شكل مثابرة وإصرار على تحقيق الأهداف بشكل جيد وسريع محاولاً الإثبات بتحقيق للهدف على نحو فيه أصالة وجدة.

ويرى كوهين Cohen أنه يمكن تقسيم التفوق لدى الأطفال أو الراشدين في ضوء ثلاث قدرات: قدرات ذهنية + قدرات فنية + قدرات اجتماعية = تفوق، ويمثل كل منها مجالات من مجالات التفوق، ويضيف بأنه يمكن أن تتفرغ عن هذه القدرات قدرات فرعية يمكن أن تعكس كل منها قدرات محددة. ففي مجال القدرات العقلية تظهر القدرات الكمية والمكانية واللفظية، وقدرات خاصة، وفي مجال القدرات الاجتماعية تظهر قدرات مشاركة الآخرين أفكارهم ومناسباتهم الاجتماعية وقدرة القيادة. وفي مجال القدرات الفنية تظهر قدرات فنية وقدرات أدائية.

تعريف لايكوك: الطفل المتفوق عقلياً هو ذو المستوى العالي من ال قدرة العقلية العامة أو الذكاء العام.

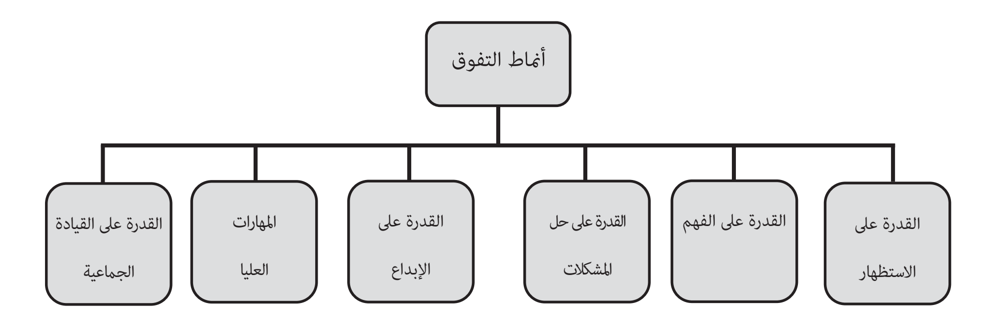
تعريف دير (1964): المتفوق عقلياً هو الطالب الذي لديه مستوى عال جداً من القدرات الأكاديمية الفعالة أو الكامنة.

تعريف كارتر جود (1973م): المتفوق هو الطفل الذي يعتبر فوق العادة بالنسبة لعـدد من الصفات والقدرات خاصة تلك المتعلقة بالأطفال الذين يبدون قـدرات ذكـاء مميـزة وتطـور اجتماعي وعضوي أكثر من العادي. (عبـد الـرحمن نـور الـدين كلنـتن، 1998)، (الشـخص، عبـد العزيـز، 1990).

الفرق بين الموهبة والتفوق:

الموهبة	التفوق
1ـ قدرة فوق المتوسط	1ـ أداء فوق المتوسط
2ـ مكونها الرئيسي وراثي	2ـ مكونها الرئيسي بيئي
3ـ طاقة كامنة	3ـ هو نتاج هذه الطاقة الكامنة
4ـ تقاس باختبارات مقننة	4ـ يشاهد على أرض الواقع
5ـ ليس كل موهوب متفوق	5ـ ينطوي على وجود موهبة

أنماط التفوق العقلي:



مستويات المتفوقين عقلياً:

1ـ فئة الممتازين: وهم الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (120 أو 125) إلى (135 أو 140) إذا طبق عليهم اختبار ستانفورد بينيه.

2ـ فئة المتفوقين: وهم من تتراوح نسبة ذكائهم بين (135 أو 140ــ170) على نفس المقياس السابق.

3ـ فئة المتفوقين جداً (العباقرة): وهم الذين تبلغ نسبة ذكائهم 170 فما فوق. (سعيد حسني، 2000).

البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين:

هناك العديد من برامج التربية الخاصة يحتاج إليها الطلبة الموهوبين والمتفوقين وذلك للوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو بالمقدار التي تسمح به طاقاتهم وقدراتهم، وغالبية هذه البرامج يمكن تصنيفها في مجموعات رئيسية حيث تتشابه وتشترك فيما بينها في الأهداف وطبيعة التنفيذ. (القمش والمعايطة، 2007 والسرور 2003 ص280، 69).

الفئة المستهدفة:

إن الفئة المستهدفة من البرامج هم الطلبة المتفوقين والموهوبين، ولكن نسبة الطلبة الموهوبين والمتفوقين تختلف تبعاً لعدد المعايير المستخدمة في تعريف الطفل الموهوب، حيث تزداد نسبة الأطفال الموهوبين كلما قل عدد المعايير المستخدمة في التعريف، والعكس صحيح، فلو أخذنا معيار نسبة الذكاء التي تزيد عن 145، لوجدنا أن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي 1% أما إذا

أخذنا نسبة الذكاء التي تزيد عن 130 فإن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى 3%. (الروسان، 2001، ص61).

أولاً: المدارس الخاصة بالموهوبين (Special School For The Gifted):

إن أول ما تبادر إلى ذهن القيمين على التربية والتعليم إيجاد مدرسة خاصة بالأطفال الموهوبين بحيث يتواجد الأطفال فيها من حيث المستوى العقلي الممزوج بالقدرة على التكيف والاستقرار النفسي بحيث تتمكن هذه المدرسة من تحقيق ما يلي:

- خلق التجانس العقلي المتقارب بين الأطفال الموهوبين.
- وضع صفوف معينة حسب المستوى الفعلي.
- التمكن من إيجاد الأخصائيين القادرين على القيام بإنجاح هذه المهمة. (خوري، 2002، ص43).

ويقصد بالمدارس الخاصة تلك المدارس التي تقبل الطلبة الموهوبين والمتفوقين دون غيرهم في مجال أو أكثر على أساس مستوى أدائهم في واحد أو أكثر من محكات الاختيار التي يفترض أن تكون منسجمة مع طبيعة الخدمات التي تقدمها. وقد تكون هذه المدارس حكومية أو أهلية تتولاها مؤسسات خيرية، ويحق للطلبة الموهوبين والمتفوقين التنافس على الفوز بمقعد فيها بغض النظر عن إمكاناتهم المادية، وقد تكون خاصة يقتصر القبول فيها عموماً على الطلبة المقتدرين على تحمل نفقات الدراسة. (جروان، 2002، ص189).

أما البرنامج المفترض وضعه في هكذا مدارس يكمن في تنفيذه عبر الأطفال أنفسهم، ولذلك فالصفوف في مجملها صفوف حرة شبيهة بالعمل في

المعمل بحيث يقسم الأطفال في الصف الواحد إلى مجموعات لكل منها هوايتها وعملها الخاص بها سواء كان ذلك في مجال الرياضيات، أو العلوم أو الفن، أو اللغات، أو سواها. وهذه المدارس على ندرتها وقلتها حتى في الدول المتقدمة خير دليل على مدى تواجدها لأن المجتمع عادة لا يتقبل مدارس النخبة. (خوري، 2002، ص44).

إيجابيات المدارس الخاصة بالموهوبين:

1ـ توفر المدرسة الخاصة بطبيعتها مناخاً إيجابياً داعماً للتميز والإبداع.

2ـ تقليل فرص شعور الطلبة الموهوبين بأنهم غرباء في الصفوف العادية.

3ـ تصميم المناهج لتستجيب لحاجات الطالب الموهوب والمتفوق.

4ـ الكفاءة العالية لدى المعلمين الموهوبين في مجال تخصصهم. (جروان، 2002، ص190).

سلبيات المدارس الخاصة بالموهوبين:

1ـ حرمان فئة كاملة من الطلبة من فرص التنافس داخل الصف العادي.

2ـ لها بعد انفعالي سيء على الطالب المتميز.

3ـ يعيش الطالب في المدرسة الخاصة ضمن مجتمع مثالي، ثم يخرج للعالم العادي فيواجه صعوبة في التكيف معه.

4ـ شعور الطالب في المدرسة الخاصة أنه مماثل في قدراته لبقية الطلبة في المدرسة.

5ـ عدم العدالة فيما يتعلق بصرف الأموال العامة على فئة معينة فقط. (السرور، 2003، ص70).

ثانياً: الصفوف الخاصة بالموهوبين (Special Class For The Gigted):

يعتبر تجميع الطلبة الموهوبين والمتفوقين في صفوف خاصة ضمن المدارس العادية من أكثر الممارسات انتشاراً في مجال تعليم هذه الفئة من الطلبة، وقد استخدم هذا الأسلوب في دول كثيرة وبترتيبات إدارية محلية على مستوى المدرسة نفسها منذ سنوات طويلة ولا يزال، لكن تجدر الإشارة إلى أن التجميع في السابق كان يتم على أساس محك التحصيل الأكاديمي وترشيحات المعلمين فقط. أما الآن فيتم عن طريق عدد من المحكات. (جروان، 2002، ص191).

1ـ الصفوف المستقلة بذاتها Self-Contained Classes.

2ـ الصفوف المرحلة Pull-Out Classes.

ثالثاً: مسابقات على مستوى الدولة:

وهذه البرامج تنفذ كل أو بعض الأنشطة كالصفوف داخل المدرسة أو خارج المدرسة والسابقات الإبداعية، والشبابية، بالإضافة إلى الدراسات الفردية والبرامج الخاصة وبرامج تعليم المهنة وبرامج المكتبات وبرامج المسابقات الهادفة. وهذه البرامج تهدف لرفع مستوى موضوعات أو موضوع معين في المنطقة أو الدولة لخدمة أغراض تقدم النمو والتطور في البلاد. (السرور، 2003، ص71).

رابعاً: برامج التسريع (Acceleration Programs):

يقصد بالتسريع الأكاديمي السماح للطالب المتفوق بالتقدم عبر درجات السلم التعليمي أو التربوي بسرعة تتناسب مع قدراته العقلية وتفوقه الأكاديمي دون اعتبار للمحددات العمرية وتمكنه من إتمام المناهج المدرسية المقررة في مدة زمنية أقصر وعمر أصغر من المعتاد وانتقال الطالب من صف إلى صف أعلى دون الامتثال لنظام الالتحاق في الصف الذي يليه في الترتيب العادي، أو الالتحاق بالمواد التي تدرس في الكليات، الالتحاق بمواد صيفية أو مسائية، أو الالتحاق بتدريبات أو ورشات عمل خاصة أو الالتحاق في الصف الأول أو رياض الأطفال في سن مبكر، أو الالتحاق بالجامعة في سن مبكر. هو منحى أو اتجاه يسمح بناءً عليه للطلبة الموهوبين بالتقدم لمستويات متقدمة عن مستواهم العمري في واحدة أو أكثر من الموضوعات الأكاديمية. (Hallahan & Kauffman, 2003, p475).

فقد ذكر التربويين عدداً من الأسباب النفسية للتسريع، إذ تكمن الأسباب المنطقية في أن درجة التقدم في البرامج التعليمية يجب أن تكون حسب سرعة استجابة المتعلم لها، وبذلك تكون ملبية للفروق الفردية بين الطلبة في مجال القدرات المعرفية، وتتلخص الأسباب النفسية بثلاثة مبادئ هي:

1ـ عملية التعلم هي مجموعة متطورة ومتسلسلة.

2ـ هناك فروق فردية في التعلم بين الأفراد في أي عمر زمني.

3ـ يتضمن التعليم الفاعل تحديد موقع المتعلم في العملية التعليمية، وتشخيص الصعوبات التي يعاني منها المتعلم ومعالجتها.

كما كشفت الأبحاث في مجال التسريع عن ثلاثة عناصر أساسية يجب توفرها هي:

1ـ الفلسفة المرنة فيما يتعلق بعمر الطالب والبديل التربوي المناسب له.

2ـ تطبيق الاختبارات بهدف التأكد من وجود حاجة للتسريع.

3ـ الالتزام القوي والتام من قبل المعلمين والإدارة تجاه أنظمة التسريع. (Hallahan & Kauffman, 2003j, p478).

أشكال التسريع:

1ـ القبول المبكر في رياض الأطفال أو الصف الأول الابتدائي.

2ـ قفز الصفوف.

3ـ القبول المبكر في المدرسة الإعدادية أو الثانوية.

4ـ تسريع وقفز المواد بالتسريع الجزئي.

أهداف برنامج التسريع أو التعجيل الأكاديمي:

يسعى هذا البرنامج إلى تقديم تسهيلات تربوية لفئة الطلبة المتفوقين تحصيلياً لغايات تطوير قدراتهم ومساعدتهم على اجتياز مرحلة تعليمية قادرين على اكتساب معارفها، وتمثل اتجاهاتها بفاعلية وكفاءة من خلال توفير بيئة آمنة تحقق أفضل فرص التعليم الأكاديمي والمهاري، وبشكل خاص يهدف هذا البرنامج إلى:

1ـ تحسين مستوى الدافعية والثقة بالنفس والشعور بالإنجاز.

2ـ تخفيض الملل من المدرسة.

3ـ تسهيل وإغناء عملية التعليم بتقليل مدى الفروق الفردية بين الطلبة.

4ـ توفير فرص أكبر للتأثير المتبادل بين عقول متقاربة المستوى.

5ـ التخرج مبكراً من الجامعة وبذلك يتاح للطالب وقت أكبر للإبداع المهني.

6ـ تقليل كلفة التعليم المدرسي على الأسرة.

7ـ زيادة سنوات الإسهام المهني في المجتمع. (الشربيني، زكريا، 2003)، (السرور، ناديا، 2003)، (جروان، فتحي، 2004).

برامج الإثراء:

والإثراء أو الإغناء يعني: إضافة أو تزويد الطفل بالخبرات التعليمية إضافية للطلبة الموهوبين ضمن الصفوف العادية ليتلاءم مع أعمارهم الزمنية (الروسان، 2006)، وقد تكون هذه التعديلات أو الإضافات على شكل مواد دراسية لا تعطى للطلبة العاديين. أو بزيادة المستوى صعوبة في المواد الدراسية التقليدية. أو التعمق في مادة أو أكثر من هذه المواد الدراسية وبعبارة أخرى يقتصر الإثراء على إجراء تعديلات أو إضافات على محتوى المناهج أو أساليب التعليم أو نتاجات التعليم من دون أن يترتب على ذلك اختصار للمدة الزمنية اللازمة عادة للانتهاء من مرحلة دراسية وانتقال الطلبة المستهدفين من صف إلى صف أعلى.

أنواع الإثراء:

1ـ الإثراء الأفقي: (Hrizontal Enrichment) ويقصد به تزويد الموهوب بخبرات غنية في عدد الموضوعات المدرسية.

2ـ الإثراء العمودي: (Vertiacal Enrichment) ويقصد به تزويد الموهوب بخبرات غنية في موضوع معين من المواضيع المدرسية. (الروسان، 2001، ص67).

منهاج الموهوبين:

متطلبات المنهاج للطلبة الموهوبين والمتميزين:

يرى (فينيكس) أن من يستطيع رسم ووضع ميدان الفهم الإنساني كأساس لمنهاج يوفر برنامج تعليمي جيد دون أن يأخذ بعين الاعتبار التخصص المهني أو التحضير للتخصص الفني أو الصناعي يبقى المنهاج ناقصاً، ومثل هذا التوجه يكون له اهتمام خاص لدى معلمي الموهوبين والأذكياء الذين يطورون كفاءة معينة في مجال واسع من مهارات ومفاهيم. إن منهاج الدراسة مصمم بما هو متوفر من تنوع النظم كبنية، وقد تطورت من خلال حفظ الثقافة عن طريق التراث الموروث، إذ أن الثقافة ربما تظهر من خلال تغير وتحول نظامي، ولكن هناك تحفظ، حيث أن معظم التغيرات مميتة وقاتلة، إلا أن بعض التغيرات الاستثنائية في البنية قد تؤدي إلى النجاح. (joyce vanassel ترجمة، الصافي، وآخرون، 2007).

وإن المعرفة الشخصية هي أساس المعرفة كلها، فالمنهاج يجب أن يلبي حاجات الأفراد الشخصية متفرقين (الضعاف، المتوسطين، الأذكياء). (ناديا هايل السرور، 2003).

منهاج الطلبة الموهوبين وفلسفة البناء:

يُعتبر المنهاج وعاءٌ ثقافي لا يستغنى عنه بأيِّ حالٍ، منَ الأحوال، كما أساس فكري يُفترض فيه الثَّراء، تتم معالجته تربوياً وتعليمياً بحسب أنماط تفكير وتعلُّم هذه الفئة الواعدة، وله فلسفة وأهداف، تذكر السرور (2004) منها:

1ـ تلبية احتياجات الطلبة الموهوبين، وتوازن بين الجوانب النمائية لديهم.

2ـ تُساعد في حماية القدرات، والاهتمامات، والخصائص النمائية من التراجع.

3ـ تُساهم في دفع القدرات، والخصائص النمائية إلى أقصى مدى ممكن.

4ـ إعداد الباحث أو المختصّ الصغير.

5ـ مواجهة حاجات التنمية وتطوّر المجتمعات.

6ـ تحقق مبدأ مراعاة الفروق الفردية.

7ـ تدرب على الإنتاجية الإبداعية.

كما أن هناك جملة من الاعتبارات يراها العزّة (2002) ينبغي أن توضع في مجال رؤية المنهاج الخاصّ بالطلبة الموهوبين، ومنها:

1ـ تهدف هذه المناهج إلى تلبية حاجات الموهوبين، وتحقِّق غايات المجتمع في التكيّف مع متطلبات الحاضر والمستقبل.

2ـ تراعي تلك المناهج الكيفية التي يتعلّم بها هؤلاء الموهوبون، وكيف يختلفون في أنماط تعلّمهم وأنماط تفكيرهم.

3ـ انطلاقها من فلسفة واضحة المعالم، وأخذها بعين الاعتبار قدرات وسمات الموهوبين الشخصية، والخصائص الشخصية لمعلّميهم، والكيفية التي من الممكن أن يتعلَّموا من خلالها بشكل أفضل، والأهداف التي تنشد تحقيقها.

افتراضات عامة تتعلق بتطوير المنهاج:

1ـ الافتراض الأول: أن منهاج المدرسة العادية كما هو مفهـوم حاليـاً وكـما هـو مكتـوب وكما هو منفذ غير مناسب للمتميزين.

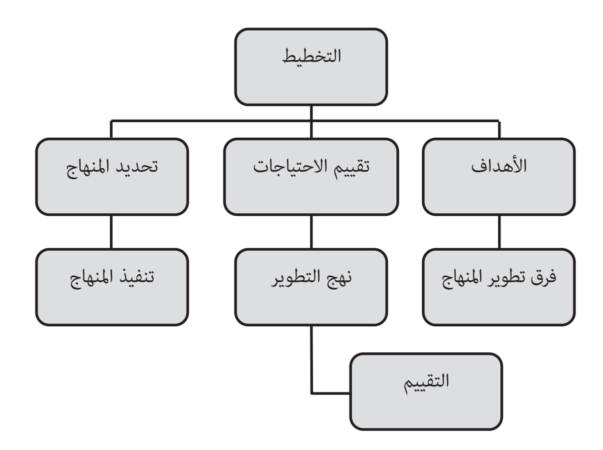
2ـ الافتراض الثاني: يحتاج منهاج المدرسـة العاديـة إلى تعـديل مـن أجـل المتميـزين إمـا بالحذف أو بالإضافة.

3ـ الافتراض الثالث: يجب أن ينظر إلى عملية تطوير المنهاج للمتميزين على أنها عمليـة طويلة المدى تتضمن تكييف البرنامج الحالي ودمج المناهج المناسبة الموجودة حاليـاً للمتميـزين وتطوير منهاج جديد.

4ـ الافتراض الرابع: يتطلب منهاج المتميزين أن يكون مكتوبـاً وأن يـتم توصـيله بشـكل ملائم للمدرسة. (فان تاسل باسكا، 2007).

تطوير وتخطيط المنهاج:

إن عملية تطوير وتخطيط المنهـاج بطبيعتهـا عمليـة معقـدة ومتحركـة، ولبنـاء المنهـاج الصحيح والبدء بخطة تطوير المنهاج، يجب أن يتم التعامل مع المجالات التالية:



1ـ المرحلة الأولى: التخطيط.

2ـ المرحلة الثانية: تقييم الاحتياجات.

3ـ المرحلة الثالثة: فرق تطوير المنهاج وحجم العمل.

4ـ المرحلة الرابعة: تطوير المنهاج، تبني المنهاج، تعديله وتطويره.

5ـ المرحلة الخامسة: الاختبار الميداني (المراجعة).

6ـ المرحلة السادسة: تنفيذ المنهاج الجديد.

7ـ المرحلة السابعة: التقييم. (السرور، 2003، ص168ـ169).

قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين:

إن اكتشاف الطفل الموهوب أ مراً ليس يسيراً، لذا اختلف الباحثون في نظرتهم لمعنى التفوق العقلي وفي تحديده، وكذلك اختلفوا في الوسائل والطرق في تشخيصه والتعرف عليه، ولكن هل معنى هذا أنه انعدمت الوسائل وأنه لا توجد ثمة أساليب يمكننا استخدامها للبحث عن الموهوبين؟ (المعايطة والبواليز، 2007، ص204).

ومن جهة أخرى تعتبر عملية تشخيص الأطفال الموهوبين عملية معقدة تنطوي على الكثير من الإجراءات والتي تتطلب استخدام أكثر من أداة من أدوات قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين، ويعود السبب في تعقد عملية قياس وتشخيص الأطفال الموهوبين إلى تعدد مكونات أو أبعاد مفهوم الطفل الموهوب والتي أشير إليها في تعريف الطفل الموهوب، وتتضمن هذه الأبعاد القدرة العقلية، والقدرة الإبداعية، والقدرة التحصيلية، والمهارات والمواهب

الخاصة، والسمات الشخصية والعقلية وعرّف البعض اكتشاف الموهـوبين بأنهـا: «العمليـة التـي تسـتخدم عـدداً مـن الطـرق والوسـائل والأدوات في التعـرف عـلى الطـلاب الموهـوبين، وفيهـا المقاييس والاختبارات، والملاحظة، والتقديرات».

وتستمد أهمية الكشف عن الموهوبين من كونها عمليـة ينبنـي عليهـا مـا بعـدها مـن فرص الرعاية والاهتمام وبالتالي فإنّ إلحاق طالب غير موهوب بفئة الموهوبين (القبول الزائـف) وحرمان آخر موهوب من فرصة الرعاية والاهتمام هما من الأخطاء الكبيرة التـي يمكـن أن يقـع فيها أو في أحدهما القائمون على تنفيذ عملية الكشف ولعل الدرجات التحصـيلية التـي يحصـل عليها الطالب آخر العام الدراسي من أكثر وسائل الكشف شهرة وانتشاراً. (جـروان، 2004)، (العـزة، سعيد، 2002).

أخطاء عملية الكشف:

1ـ (القبول الزائف): وهو اختيار طالب غير جديد بالالتحاق بالبرنامج.

2ـ (الرفض الزائف): إسقاط طالب موهوب حقاً وحرمانه من خدمات البرنامج الخاص.

أسباب حدوث الأخطاء في عملية الكشف:

1ــ أخطـاء تتعلـق بنظريـة القيـاس وبنـاء الاختبـارات والخصـائص السـيكومترية لهـذه الاختبارات.

2ـ أخطاء تتعلق بضعف الانسجام بين أساليب الكشف وطبيعة الخـبرات التـي يقـدمها البرنامج.

3ـ أخطاء في السياسات والإجراءات التي يتبعها القائمون على البرنامج.

4ـ أخطاء في أسلوب معالجة البيانات المتجمعة عند استخدام محكات متعددة في التعرف على الطلبة الموهوبين والمتفوقين.

5ـ أخطاء شخصية مقصودة كالتحيز مثلاً، أو غير مقصودة كالجهل أو انعدام الخبرة.

أبعاد عملية قياس وتشخيص الطفل الموهوب:

- القدرة العقلية: مقاييس القدرة العقلية.
- التحصيل الأكاديمي: مقاييس التحصيل الأكاديمي.
- القدر ة الإبداعية: مقاييس الإبداع.
- السمات الشخصية والعقلية: أحكام المدرسين.

مقاييس القدرة العقلية:

تعتبر القدرة العقلية العامة المعروفة مثل مقاييس ستانفورد بينيه، أو مقياس وكسلر من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة العقلية العامة للمفحوص، والتي يعبر عنها عادة بنسبة الذكاء وتبدو قيمة مثل هذه الاختبارات في تحديد موقع المفحوص على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، ويعتبر الطفل موهوباً إذا زادت نسبة ذكائه عن انحرافين معياريين فوق المتوسط. (الروسان، 2006).

مقاييس التحصيل الأكاديمي:

تعتبر مقاييس التحصيل الأكاديمي المقتنعة أو الرسمية، من المقاييس المناسبة في تحديد قدرة المفحوص التحصيلية، والتي يعبر عنها عادة بنسبة مئوية،

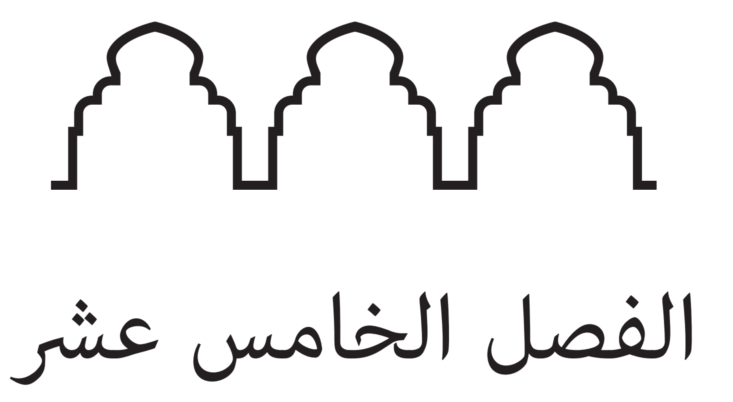
وعلى سبيل المثال تعتبر امتحانات القبول أو الثانوية العامة، أو الامتحانات المدرسية، من الاختبارات المناسبة في تقدير درجة التحصيل الأكاديمي للمفحوص، ويعتبر المفحوص متفوقاً من الناحية التحصيلية الأكاديمية إذا زادت نسبة تحصيله الأكاديمي عن 90%.

مقاييس الإبداع:

تعتبر مقاييس الإبداع أو التفكير الابتكاري أو المواهب الخاصة من المقاييس المناسبة في تحديد القدرة الإبداعية لدى المفحوص، ويعتبر مقياس تورانس للتفكير الإبداعي والذي يتألف من صورتين: اللفظية والشكلية، من المقاييس المعروفة في قياس التفكير الإبداعي وكذلك مقياس تورانس وجيلفورد للتفكير الابتكاري، والذي تضمن الطلاقة في التفكير، والمرونة في التفكير، والأصالة في التفكير، ويعتبر المفحوص مبدعاً إذا حصل على درجة عالية على مقاييس التفكير الإبداعي أو الابتكاري. (عبد العزيز، سعيد، 2006).

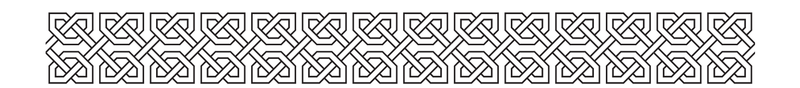
مقاييس السمات الشخصية والعقلية:

تعتبر مقاييس السمات الشخصية والعقلية التي تميز ذوي التفكير الابتكاري المرتفع عن غيرهم وأحكام المدرسين، من الأدوات المناسبة في التعرف إلى السمات الشخصية، العقلية، من مثل الطلاقة والمرونة والأصالة في التفكير، وقوة الدافعية والمثابرة، والقدرة على الالتزام بأداء المهمات، والانفتاح على الخبرة.



الفصل الخامس عشر

المهارات الاجتماعية
للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة



الفصل الخامس عشر

المهارات الاجتماعية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة

المقدمة:

الكفاية الاجتماعية كما هو معروف مرتبطة بشكل وثيق بـالتطور الانفعـالي، فالطريقـة التي ينظر بها الأطفال أو الطلبة إلى أنفسهم أو التي يستجيبون فيهـا للآخـرين ومفهـوم الـذات الإيجابي تسهم في إيجاد علاقات ناجحة ومستمرة بين الأشخاص. (حبيب، 2005).

ومع ذلك تبقى هناك الفروق الفردية في امتلاك وتوظيف المهارات الاجتماعية لكل فـرد في المجتمع، ومن هنا جاء الحديث عن المهارات الاجتماعية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة وأثـر هذه المهارات على حياة هـؤلاء الأفـراد ومسـاهمتها في إدمـاجهم مـع أقـرانهم العـاديين، حتـى يتمكنوا من مواصلة حياتهم بشكلها الطبيعي، مما تتيح لهـم الفـرص لإثبـات ذاتهـم وقـدراتهم وإمكاناتهم للمجتمع الذي ينتمـون إليـه، وبنـاء مفهـوم ذات إيجـابي يسـاعد هـذا الفـرد عـلى تحقيق المزيد من التقدم والنجاح في مسيرة حياته الشخصية.

لذلك جاء التركيز على الفرد كإنسان يستحق العـيش بكرامـة، واحـترام في المجتمع الذي يعيش فيه، فمشكلة الإعاقة ترتبط بمحدودية القدرة العقليـة، أو

الجسدية أو الحسية، أو الاجتماعية لدى الفرد المعاق وترتبط بالانعكاس الذي يتركه الفرد المعاق بالآخرين، فهو يعيش في إطار اجتماعي يؤثر فيه ويتفاعل معه، فلا بد من إجراء تعديلات تسهل انتقال الفرد المعاق بالآخرين للعيش في المجتمع. (داود، 2006).

بناءً على ذلك تسعى الجهود لسن المزيد من التشريعات، وتبني المواثيق وتعديل اتجاهات وأنماط الخدمات المقدمة لهم سواء كانت تعليمية أو تأهيلية أو صحية أو اجتماعية أو غيرها لكي تصبح ظروفهم الحياتية قريبة قدر الإمكان من ظروف حياة الأفراد الآخرين في المجتمع. (الخطيب وآخرون، 2009).

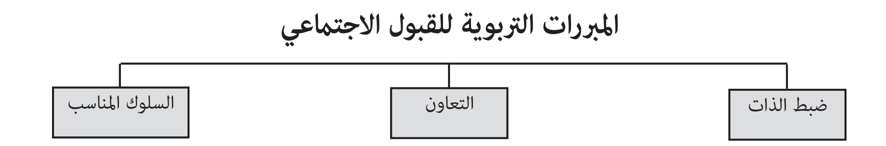
ومن خلال هذا الفصل سيتم مناقشة بعض المفاهيم الضرورية مثل القبول الاجتماعي والمهارات الاجتماعية والأسباب الرئيسية لتطوير هذه المهارات وأهمية المهارات الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة وأساليب التدريس الفعالة للمهارات الاجتماعية والانفعالية.

القبول الاجتماعي (Social Acceptance):

هو القدرة على مجاراة الأقرباء والتفاعل معهم، أي يتفاعل التلميذ مع زملائه بطريقة مقبولة ويتم قبوله في المواقف الاجتماعية والمواقف الفردية.

المبرر التربوي للقبول الاجتماعي: حتى يصبحوا مقبولين اجتماعياً، يجب تعليم الأطفال:

المبررات التربوية للقبول الاجتماعي



تعريف المهارات الاجتماعية (Social Skills):

اختلف العلماء في تحديد مفهوم المهارات الاجتماعية فالبعض ينظر إلى المهارات الاجتماعية من حيث كونها سمة، والبعض ينظر إليها من منظور سلوكي، وآخرون يؤكدون أنها منبثقة من منظور معرفي، والبعض يرى أهمية تبني وجهة نظر تكاملية من أ جل تحديد دقيق لمفهوم المهارات الاجتماعية.

ولقد أشار بانك إسيكي في حديثه عن المهارات الشخصية والاجتماعية بأن التفاعل مع الأشخاص الآخرين هو شيء يتم يومياً، وفي كل مظهر من مظاهر الحياة، ولكن الأفراد المعاقين لا تحدث لديهم العملية الاجتماعية بشكل طبيعي وذلك لنقص المهارات الاجتماعية التي يمتلكونها ويحتاجون إليها وقد حدد هذه المهارات بما يلي:

1ـ معرفة أساليب التواصل اللفظي وغير اللفظي للتعامل مع الآخرين.

2ـ معرفة أساليب الإدارة الشخصية الذاتية.

3ـ معرفة مبادئ الصحة والسلامة العامة.

4ـ معرفة أساليب الإدارة المنزلية.

5ـ إظهار الحالات الانفعالية المناسبة في المناسبات المختلفة.

الأسباب الرئيسية لتطوير المهارات الاجتماعية للأطفال المعوقين:

وتتمثل فيما يلي:

1ـ إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي والانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب متفاوتة.

2ـ إن العجز في المهارات الاجتماعية الانفعالية يزداد شدة دون تدخل علاجي فعال.

3ـ إن عدم تمتع الطفل بالمهارات الاجتماعية الانفعالية يـؤثر سـلباً عـلى النمـو المعـرفي واللغوي وغير ذلك من المهارات الضرورية.

4ـ إن اضطراب النمو الاجتماعي الانفعالي في مرحلة الطفولـة يعمـل بمثابـة مـؤشر غـير مطمئن للنمو المستقبلي فهو غالباً مـا يعنـي احـتمالات حـدوث مشـكلات تكيفيـة في المراحـل العمرية اللاحقة. (الخطيب، 2008).

تواجه أعداد كبيرة من الأطفال المعوقين مشكلات اجتماعية وانفعاليـة متنوعـة وتكمـن وراء هذه المشكلات أسباب مختلفة من أهمها:

1ــ افتقـار الأطفـال المعـوقين إلى المهـارات الاجتماعيـة اللازمـة والكفايـات الاجتماعيـة المناسبة.

2ـ تخوف الأطفال المعوقين من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بسـبب خـبرات الفشـل السابقة.

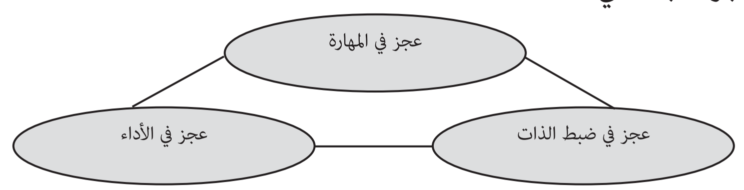
3ـ تردد الأطفال الطبيعيين في التفاعـل مـع الأطفـال المعـوقين بسـبب وجـود خصـائص جسمية مختلفة لديهم.

4ـ افتقار الأطفال الطبيعيين إلى المعلومات الصحيحة عن الإعاقة والأطفال المعوقين.

5ـ لجوء بعض أولياء الأمور إلى حماية أطفالهم المعوقين بشكل مبالغ فيه.

6ـ إظهار الأطفال المعوقين سلوكيات غير مقبولة وغير تكيفية (مثل: التهور، والعدوان، والنشاط الزائد، وعدم النضج، وعدم الثقة بالنفس... الخ). (الخطيب وآخرون، 2004).

أنواع العجز الاجتماعي:



1ـ عجز في المهارة: والتي تنتج عن عدم تعلم الطالب للمهارة.

2ـ عجز في الأداء: ويحدث عندما يعرف الفرد المهارة ولكنه لم يؤديها بسبب مشكلة في الدافعية والتمييز فالطلاب الذين لديهم الدافعية فإنهم لا يقوموا بأداء المهارة دون أن يقدم تحفيز خارجي إليهم. بينما الطلاب الذين لديهم عجز بالتمييز فإن لديهم الدافعية ولكنهم لا يعرفون متى يستخدمونها.

3ـ عجز في ضبط الذات: والذي ينتج عندما يظهر الطالب سلوكيات معينة تتدخل باكتساب وأداء المهارات الاجتماعية المناسبة. (Olson and Platt, 2000).

تعد البرامج الخاصة لتعليم مهارات اجتماعية معينة من الطرق الممكن استخدامها من قبل المعلم لتسهيل تكوين صداقات بين جماعات الطلاب المختلفين. حيث يمكن إشراكهم في إنشاء علاقات طيبة مع أقرانهم من خلال

تطبيق برامج تنمية المهارات ومتابعتها بعناية حيث يعتبر أسلوب جدول المهارات Skill Treaming أحد نماذج تعليم الطلاب التفاعل بصورة جيدة في المواقف الاجتماعية، حيث يشمل مجموعة مختلفة من المهارات الاجتماعية المبدئية أو الأولية التي يمكن مارستها في إطار غرفة الدراسة. وتتوافر المواد الخاصة بجدولة المهارات للطلاب سواء في المرحلة الابتدائية أو مرحلة المراهقة.

جدول المهارات الاجتماعية المبدئية/الأولية:

▪ **المجموعة الأولى: بعض المهارات اللازمة للتعامل في غرفة الدراسة:**
• الاستماع/الإنصات. • طلب المساعدة. • توجيه الشكر للآخرين. • أداء الواجب. • مساعدة الكبار. • وضع الأهداف.

▪ **المجموعة الثانية: بعض مهارات تكون الصداقات:**
• بدء الحوار وإنهائه. • مشاركة الآخرين. • ممارسة اللعب. • مساعدة الزملاء. • تقبل مدح الآخرين.

- **المجموعة الثالثة: بعض مهارات التعامل مع المشاعر:**
  - معرفة الفرد لمشاعره.
  - تعبير الفرد عن مشاعره.
  - إدراك مشاعر الآخرين.
  - التعبير عن العواطف.
  - تعامل الفرد مع غضبه.
  - تعامل الفرد مع غضب الآخرين.

- **المجموعة الرابعة: بعض المهارات المغايرة للعدوان:**
  - ممارسة ضبط النفس.
  - طلب الإذن من الآخرين.
  - الاستجابة للمضايقات.
  - حل المشاكل.
  - تقبل توابع السلوك.
  - التعامل مع الاتهامات.
  - التفاوض.
  - تجنب المشاكل/الإزعاج.
  - تجنب المشاحنات/العراك.

▪ المجموعة الخامسة: بعض مهارات التعامل مع الضغط:
• التعامل السأم الضجر.
• تحديد أسباب المشكلة.
• تقديم الشكاوي.
• الرد على الشكوى.
• إظهار الروح الرياضية.
• التعامل مع التجاهل.
• الاسترخاء.
• مقاومة الفشل.
• اتخاذ القرار.

(Bradley, King-Sears & Tessier-Switlick, 1997).

أما طرق تعليم المهارات الاجتماعية للطلاب فتتم في موقفين:

1ـ مواقف الحياة الطبيعية.

2ـ مواقف اصطناعية مشابهة للمواقف الطبيعية التي يتم فيها تطبيق تلك المهارات.

(الشخص والسرطاوي، ترجمة، 2000).

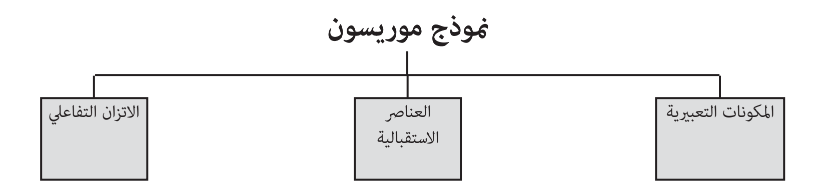
فعملية التدريب على المهارات الاجتماعية تنطوي على تركيبة تضم بعض التوجهات النفسية التربوية التقليدية حول التأثيرات المعرفية الوجدانية على السلوك، بالإضافة إلى بعض فنيات تعديل السلوك الحديثة. كما توجد علاقة بين التدريب على المهارات الاجتماعية وبعض البرامج مثل التربية الأخلاقية والتربية الوجدانية. ومناهج المهارات الاجتماعية تميل إلى التأكيد على تعلم الطفل السلوك الذي يتقبله الآخرين.

وقد جاء الاهتمام المتزايد في الآونة الأخيرة على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية، وذلك اعترافاً بأن المهارات الاجتماعية قد تحتل نفس أهمية المهارات الأكاديمية في تحقيق النجاح سواء في المدرسة، أو في غيرها من المواقف البيئية المختلفة فبعض الأطفال يفتقرون إلى المهارات المناسبة التي تجعل الآخرين يتقبلونهم تقبلاً إيجابياً، وبالتالي يتعين تحديد المهارات الاجتماعية التي يحتاجها الأطفال بدقة وتعليمها لهم. (الشخص والسرطاوي، ترجمة، 1999).

مكونات المهارات الاجتماعية:

- **نموذج موريسون (Morrison, 1981):** الذي يرى أن المهارات الاجتماعية تتضمن ثلاثة مكونات رئيسية وهي:

نموذج موريسون



1ـ المكونات التعبيرية وتتضمن ما يلي:

- محتوى الحديث.
- المهارات اللغوية: ومنها حجم الصوت، سرعة الصوت، نغمة الصوت، طبقة الصوت.
- المهارات الغير لفظية: ومنها الحركة الجسمية، الاتصال بالعين والتعبيرات بالوجه

2ـ العناصر الاستقبالية وتتضمن ما يلي:

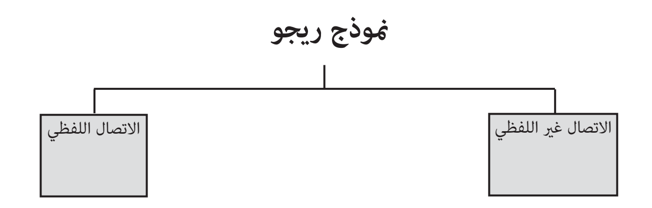
- الانتباه.
- الفهم اللفظي وغير اللفظي أثناء الحديث.
- إدراك المعايير الثقافية أثناء الحديث مع الآخرين.

3ـ الاتزان التفاعلي ويشمل:

- توقيت الاستجابة.
- نمط الحديث بالدور.
- التدعيم الاجتماعي. (الحمضي، 2004).

▪ **نموذج ريجو (Rego, 1986):** الذي يرى أن المهارات الاجتماعية تتضمن المكونات التالية وهي:

نموذج ريجو



▪ **الاتصال غير اللفظي ويتضمن ما يلي:**

- التعبير الانفعالي: ومن ذلك تعبيرات الوجه وخصائص الصوت إيماءات الجسم.
- الحاسية الانفعالية: وتشمل مهارة الفرد في استقبال وفهم أشكال الاتصال غير اللفظي الصادر عن الآخرين سواءً أكانت تعكس

انفعالاتهم ومشاعرهم أم تعبر عن اتجاهاتهم أم عن مكانتهم الاجتماعية.

- الضبط الانفعالي: وشمل قدرة الفرد على ضبط جوانب التعبير عن الانفعالات الداخلية التي لا تتلاءم مع الموقف الاجتماعي.

▪ **الاتصال اللفظي ويتضمن ما يلي:**

- التعبير الاجتماعي: وتشمل الطلاقة اللفظية، التفاعل مع الآخرين بطريقة مناسبة في المحادثات الاجتماعية.
- الحساسية الاجتماعية: وتشمل قدرة الإنسان على فهم رموز الاتصال اللفظي مع الآخرين، ومعرفة عادات وتقاليد ذلك المجتمع الذي ينتمي إليه.
- معايير السلوك الاجتماعي المناسبة.
- الضبط الاجتماعي: ويشير إلى قدرة الفرد على التحدث بثقة أثناء المشاركة الاجتماعية مع الآخرين وقدرته من جهة أخرى على إبراز قدر مقبول من اللباقة بما يتفق والمواقف الاجتماعية. (الحميضي، 2004).

ومن بين العديد من الأمور الأخرى التي تجب أن تتوفر في المعلمين في هذا الخصوص ما يلي:

1ـ أنهم يجب أن يلموا بتلك الأساليب التي يتمكنون بموجبها من تشخيص مشكلات السلوك وتمييزها عن الاختلافات الثقافية.

2ـ أن عليهم أن يقوموا بتوفير بيئات إيجابية مختلفة ومدعمة لتلك السلوكيات والمهارات المرغوبة.

3ـ أنهم يجب أن يحققوا التواصل مع التلاميذ وأن يقوموا برعاية سلوكياتهم المرغوبة حتى داخل الفصل ذاته.

4ـ أنهم يجب أن يقوموا باستغلال ثقافة الطفل واستخدامها كأساس يقوم عليه التعلم.

من المناسب الإشارة أولاً إلى أن طبيعة المهارات الاجتماعية غالباً ما تتطلب تدريب الطفل في مواقف اجتماعية. فالتصرف السليم في المواقف الاجتماعية المختلفة (مثل اللعب بشكل مناسب مع الأطفال الآخرين) يصعب تعليمه في جلسات تدريب فردية ولذلك يجب أن تكون جزءاً من جدول النشاطات اليومي للأطفال وبخاصة النشاطات الجماعية.

وتبين الدراسات أن بالإمكان زيادة مستويات التفاعل الاجتماعي بين الأطفال من خلال تنظيم الأبعاد البيئية المختلفة. فمن المعروف مثلاً أن خصائص الألعاب لها تأثيرات مباشرة على السلوك الاجتماعي. فالألعاب التي يلعبها طفل واحد في الوقت الواحد ذات تأثير مختلف عن الألعاب التي تتطلب التفاعل بين طفلين أو أكثر. فاللعب بالمعجون أو أقلام التلوين أو المكعبات (وهي جميعاً ألعاب فردية) لا يشجع الأطفال على التفاعل الاجتماعي كاللعب بالدمى أو الألعاب الرياضية. وإن ما يحدد كون اللعبة (اجتماعية) أم لا هو عمر الطفل.

ويمكن القول أن مراعاة العمر النمائي للطفل عند اختيار الألعاب شيء مهم للغاية. فقد يكون مفيداً للغاية أن يتم ملاحظة الطفل للتعرف على مستوى الأداء الاجتماعي الذي يظهره ومن ثم اختيار النشاطات والألعاب التي تناسب قدراته وتطورها.

استراتيجيات يستخدمها المعلم لتطوير المهارات الاجتماعية ـ الانفعالية للأطفال المعوقين الصغار في السن:

1ـ قدم النموذج المناسب للطفل ولا تستخدم العقاب الجسدي أو اللفظي.

2ـ استخدم الإجراءات الوقائية، فلا تنتظر إلى أن تحدث المشكلات.

3ـ تفهم حاجات الأطفال إلى الحركة والاستكشاف.

4ـ عرف الأطفال بما هو متوقع منهم في المواقف الجديدة.

5ـ انتبه إلى الطفل الذي يحسن التصرف، وزوده بالتعزيز المناسب.

6ـ استخدم النشاطات الملائمة لأعمار الأطفال وقدراتهم فإذا كانت النشاطات صعبة جداً أو سهلة جداً فهي ستؤدي إلى الإحباط.

7ـ وفر للأطفال نشاطات مختلفة، فعدم انشغالهم بنشاط محدد يقود إلى الفوضى والسلوك غير المناسب. (الخطيب، 2003).

طرق زيادة القبول الاجتماعي الغير المشروط:

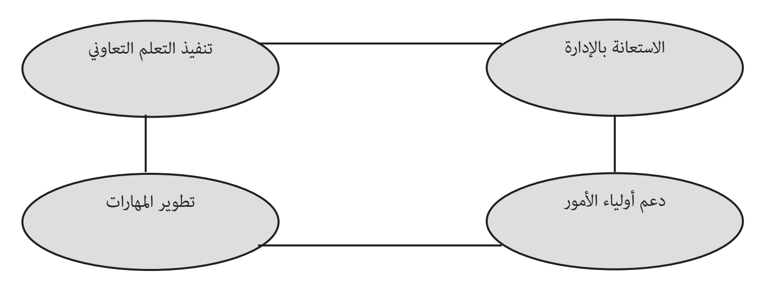
من التحديات الرئيسية التي تواجه الراغبين في تنفيذ برامج الدمج التحدي المتعلق بتعديل اتجاهات المعلمين نحو تعليم الطلبة المعوقين في المدارس

العادية، وكما يبين هيرون وهاريس (Heron & Harris)، فـإن مهمـة تعـديل اتجاهـات معلمـي الصفوف العادية صعبة لسببين رئيسيين هما:

1ـ أن المعلمين العاديين لا يعرفون الكثير عن الأشخاص المعوقين فخـبراتهم معهـم غالبـاً ما تكون محدودة.

2ـ أن برامج إعداد معلمي الصفوف العادية غالباً ما ت خلو من أي مواد تتصل بتعلـيم الطلبة المعوقين.

كما ويقترح هيرون وهاريس (Heron & Harris)، ضرورة الاستفادة مـن المصـادر التاليـة في تعديل اتجاهات معلمي الصفوف العادية وزيادة قبولهم للطلبـة المعـوقين ومنهـا (الخطيـب، 2008):



1ـ الاستعانة بالإدارة:

حيث يؤثر المدير بشكل كبير على المعلمين، فهـو يقـود العمليـة التربويـة والدراسـية في المدرسة ويكن دوره هنا في حث وتشجيع المعلمين وتعزيزهم وتوفير الخدمات الداعمة اللازمـة لهم.

2ـ محاولة الفوز بدعم أولياء الأمور:

يصـعب عـلى المعلمـين تقبـل بـرامج الـدمج تعلـيمهم في المـدارس العاديـة

دون تعاون أولياء أمورهم لإضفاء التكامل والاستمرارية على البرامج المقدمة للطلبة.

3ـ تطوير المهارات السلوكية والاجتماعية للطلبة المعوقين:

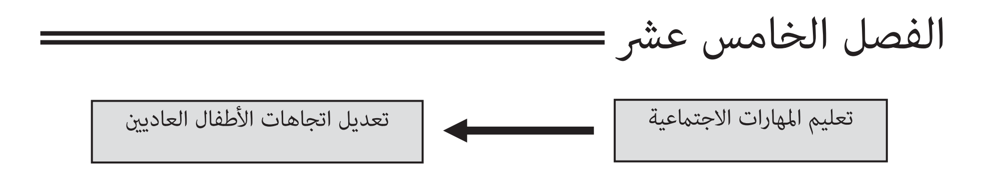
حيث يكمن تقليل الصعوبات التي يواجهها معلمو الطلبة المعوقين من خلال تعليمهم مهارات تنظيم الذات بشكل مناسب ويطلق على هذا الأسلوب التعليم المضاد ويسهم في قبول المعلمين العاديين للطلبة المعوقين في الصف.

4ـ تنفيذ برامج التعليم التعاوني:

يقصد بالتعليم التعاوني قيام معلمين اثنين أحدهما معلم عادي والثاني معلم تربية خاصة بتحمل المسؤوليات التعليمية، حيث يتشاركان في تنظيم البيئة الصفية والتخطيط للتدريس وتعديل المنهاج وتنفيذ التقييم وتعديله باستخدام المهارات اللفظية وغير اللفظية والاجتماعية.

ولذا حين يعمل معلمو التربية الخاصة جنباً إلى جنب مع معلمو الصفوف العادية، فإن مقاومة الدمج تضعف في معظم الأحيان، فاكتساب المعلم العادي للمهارات المناسبة للتعامل مع الطلبة المعوقين وتطوير شعور لديه بالثقة في قدرته على تعليم هؤلاء الطلبة يعمل على تبدد الكثير من المخاوف مما ينجم عنه غالباً مواقف إيجابية من عملية الدمج.

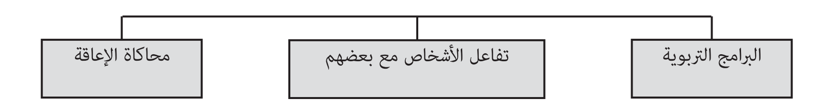
ولذلك، ثمة حاجة إلى تنفيذ برامج لزيادة القبول الاجتماعي للطلبة ذوي الحاجات الخاصة من قبل أقرانهم الطلبة العاديين. وقد أخذت تلك البرامج شكلين وهما:



1ـ تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة المهارات الاجتماعية التي من شأنها تشجيع الآخرين على قبولهم وذلك من خلال أساليب النمذجة، والتشكيل، والتدريب الفردي، وحل المشكلات.

2ـ تعديل اتجاهات الطلبة العاديين نحو الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال أساليب لعب الدور والمحاكاة، والتعزيز، والتدريب بوساطة الرفاق (قيام الطلبة العاديين بتدريب الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة) والتوعية، والدراما الاجتماعية، والتواصل المكثف.

الحاجة إلى تنفيذ برامج لتعديل اتجاهات الطلبة العاديين نحو الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة تكمن في استخدام ثلاث طرق لتحقيق ذلك وهذه الطرق هي:



1ـ البرامج التربوية:

وفيها يتم تقديم معلومات للأشخاص غير المعوقين عن الإعاقة وعن الأفراد المعوقين. وتستند هذه الطريقة إلى افتراض مؤداه أن توفير المعلومات الصحيحة يقود إلى اتجاهات أكثر واقعية وإيجابية. وتستخدم أساليب متنوعة في البرامج التربوية منها: المحاضرات، والأفلام، وأشرطة الفيديو. (الخطيب، 2008).

الوسائل والأدوات التعليمية:

أ ـ الوسائل التعليمية التقليدية: وهي نفس الوسائل التعليمية المستخدمة مع الأطفال العاديين.

ب ـ الوسائل التعليمية المكيفة أو المعدلة: وهي الوسائل التعليمية المستخدمة مع العاديين، مع إجراء تعديل عليها، لتناسب فئات ذوي الحاجات الخاصة.

ج ـ الوسائل التعليمية الخاصة: وهي الوسائل التعليمية التي صممت لتناسب حاجات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة كل حسب الفئة التي ينتمي إليها. (يحيى، 2006).

2ـ تفاعل الأشخاص غير المعوقين مع الأشخاص المعوقين:

وتستند هذه الطريقة في تعديل الاتجاهات إلى افتراض مفاده أن الاختلاط مع الأشخاص المعوقين سيقود في النهاية إلى خفض مستوى التوتر الذي يشعر به الأشخاص غير معوقين بوجود الأشخاص المعوقين. وبالرغم من أن البحوث العلمية التي وظفت هذه الطريقة توصلت إلى نتائج متباينة، إلا أنها كانت مفيدة في تحديد طبيعة التفاعلات اللازمة ونوعيتها ليحدث تغير في الاتجاهات.

3ـ محاكاة الإعاقة:

وفي هذه الطريقة، يوضع الأشخاص غير المعاقين في مواقف تجعلهم يمرون بخبرات كتلك التي يمر بها الأشخاص المعوقون. والافتراض الذي تستند

إليـه هـذه الطريقـة هـو أن الأشـخاص الـذين يتبصرـون الخـبرات التـي يعيشـها المعوقـون سيستفهمونهم ويتقبلونهم بشكل أفضل.

وعند استخدام أسلوب محاكاة الإعاقة يطلب مـن الأشـخاص العـاديين محاكـاة خـبرات الشخص الأصم، أو المكفوف، أو المعوق جسمياً، الخ.

ولأن حالة العجز قد تصبح حالة إعاقة عـلى ضـوء معناهـا بالنسـبة للشـخص الموجـود لديه وبالنسبة للأشخاص الآخرين، فثمة حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث العلمية حـول أكـثر الطرق فاعلية لتعديل الاتجاهات. (الخطيب، 2008).

إن أنشطة محاكاة الإعاقات المختلفة سوف تساهم في تفهم التلاميذ للمشاكل المصاحبة للإعاقة، والتي غالباً ما تكون منطلقاً لمناقشات أكثر خصوصية ذات علاقة بالموضوع. وفـيما يـلي بعض الأمثلة لأنشطة محاكاة الإعاقة التي تم استخدامها بنجاح:

أ ـ قيام التلميذ بارتداء معتمة للعينين (محاكاة لفقدان البصر) على أن يكون زميل آخـر دليلاً له في حركته، ثم يقوم التلميذ الأول بأداء بعض المهارات الحركية بمساعدة زميله الثاني.

ب ـ استخدام التلميذ العادي لكرسي متحـرك في تنقلاتـه وقيامـه بـأداء بعـض المهـارات الحركية، ويمكن أن يقوم بتبديل ملابسه دون أن يقف.

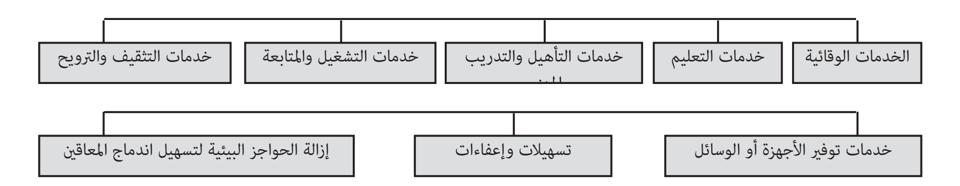
ج ـ اسـتخدام سـدادات للأذنـين واسـتماع التلميـذ العـادي لحـديث زملائـه أو مدربـه وشرحه للمهارات الحركية (محاكاة لضعف السمع).

د ـ قيام التلاميذ بأداء بعض المهارات الحركية باستخدام ذراع أو رجل واحدة فقط وبمساعدة عكازات أو مشايات.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q

خدمات لتسهيل الدمج الاجتماعي والاقتصادي للمعاقين:

قد يعاني المعاق من إعاقتين الأولى كونه معاق والثانية الإعاقة الناتجة عن ضغوط البيئة التي يعيش فيها فإذا قمنا بمساعدته في تسهيل الصعوبات التي يواجهها في معايشة البيئة فإن ذلك يسهل عليه التحرك للاستفادة من الخدمات المتوافرة في المجتمع وبالتالي اندماجه الاجتماعي والاقتصادي في أنشطة الحياة اليومية، ومن الخدمات التي يجب أن تقدم لتأهيل وتسهيل عملية اندماج المعاقين اجتماعياً ومهنياً:



1ـ الخدمات الوقائية.

2ـ خدمات التعليم.

3ـ خدمات التأهيل والتدريب المهني.

4ـ خدمات التشغيل والمتابعة.

5ـ خدمات التثقيف والترويح.

6ـ خدمات توفير الأجهزة أو الوسائل.

7ـ تسهيلات وإعفاءات.

8ـ إزالة الحواجز البيئية لتسهيل اندماج المعاقين:

وهي كل الحواجز أو المعوقات التي تعيق تحرك المعاقين في عدة مجالات الحياة اليومية وتتمثل في:

أ ـ الحواجز العمرانية: يجب إزالة جميع الحواجز العمرانية التي تمنع المعاقين جسدياً وبصرياً من التحرك والانتقال بسهولة ويسر ومن أمثلة الحواجز العمرانية.

ب ـ المواصلات: تساعد المواصلات المعاقين في التنقل من مكان إلى آخر وبالتالي الاندماج في المجتمع فيجب أن تصمم بحيث يسهل على المعاقين استعمالها، كما يجب تسهيل اقتناء المعاقين لسيارات مصممة خصيصاً لهم.

ج ـ الحواجز الثقافية: وتتضمن إتاحة الفرصة لاستعادة المعاقين من الخدمات الثقافية الموجودة سواء كانت في المدارس أو الجامعات أو في المراكز الثقافية المختلفة وذلك لتوسيع مداركهم الفكرية بالثقافة العامة. (المعايطة، القمش، 2007).

تكييف البيئة الصفية وأساليب التدريس وتعديلها:

يترتب على دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الأوضاع التعليمية الطبيعية تغيرات كبيرة في أدوار ومسؤوليات معلمي الصفوف العادية. فهو من ناحية يتضمن تكييف البيئة الصفية وتعديلها. وذلك لا يعني اختصار المناهج أو تخفيف سرعته للطفل ذي الاحتياجات التربوية الخاصة، فذلك تبسيط للأمور وممارسة غير فعالة حيث أن الصعوبات التعلمية لدى هذه الفئات من الأطفال لا تتصل بسرعة تقديم المهمات التعليمية لهم فحسب

ولكن هذه الصعوبات ترتبط أيضاً بالقـدرات والقابليـات اللغويـة، وأنمـاط الـتعلم، والدافعيـة، والعادات الدراسية. وعليه، فإن تكييف البيئة الصفية يتضمن تعديل عناصر عديدة من أهمها:

1ـ تعديل أساليب التدريس.

2ـ البدء مع الطفل من حيث هو الآن (مستوى أدائه الحالي).

3ـ استخدام التعزيز بشكل متكرر وبخاصة التعزيز اللفظي (الثناء) وتجنـب اللجـوء إلى التوبيخ.

4ـ تحليـل المهـام التعلميـة. فـالتعميم المتـوخى مـن المهمـة يجـب أن يتحقـق خطـوة فخطوة. وعندما يواجه الطفل صعوبة في تأدية المهام بطريقة متقنة يجب أن تتـاح لـه الفـرص أن يتعلمها وفق النمط التعليمي المفضل لديـه. بعبـارة أخـرى قـد يسـتطيع الطفـل أن يـتعلم بصرياً ما لم يستطع تعلمه سمعياً.

5ـ ربط التعلم السابق بالتعلم الحالي (التغذية الراجعة).

6ـ توفير الفرص للطفل للاستجابة بطرق مختلفـة ولـيس بالطريقـة اللفظيـة التقليديـة دائماً.

7ـ تعديل معايير التصحيح وتوزيع الدرجات بحيـث لا يقـع الظلـم عـلى الأطفـال ذوي الاحتياجات الخاصة.

8ـ إيجاد جو داخل الغرفـة الصـفية مـتفهم ومتقبـل للطفـل ذي الاحتياجـات الخاصـة فبدون ذلك سيشعر هذا الطفل بالرفض والعزلة. (الخطيب، الحديدي، 2003).

الفصل الخامس عشر

خطة الخدمات الأسرية الفردية:

The individualized family services plan (IFSP)

الفكرة أن يشترط على الخطة الفردية للخدمات الأسرية (IFSP) توضع لكل طفل منذ الولادة وحتى 3 سنوات من العمر والذين يتم تشخيص والمعوقين. وذوي تأخر النمو، أو المعرضين لخطر التأخير، عندما يدخل الطفل المدرسة الخدمات العامة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة في 3 سنوات من العمر، وهو برنامج التعليم الفردي الذي يأخذ مكان (IFSP). (عبيد، 2001).

المتطلبات القانونية لخطة الخدمات الأسرية الفردية:

يتطلب أن يتم بناء (IFSPs) لتشمل ما يلي:

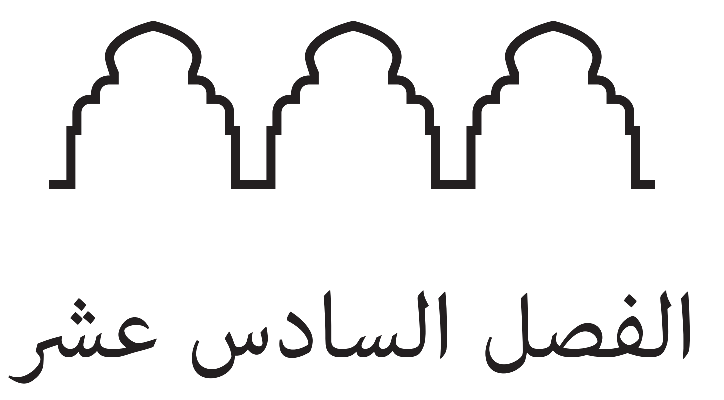
- تسكين الرضع أو الأطفال الصغار الحالي في مستويات التنمية المعرفية، والنمو البدني، والتنمية الاجتماعية أو العاطفية، والتنمية على التكيف، يستند على أسس ومعايير موضوعية.
- بيان الأولويات والموارد الأسرية والمؤسسات التي تعزز وتطور أسر الرضع والأطفال ذوي الإعاقة.
- بيان النتائج الرئيسية المتوقع تحقيقها الطفل أو الأسرة، والمخططات والمعايير والإجراءات والجداول الزمنية المستخدمة لتحديد مدى التقدم نحو تحقيق النتائج وما يجري وعما إذا كانت التعديلات أو المراجعات لنتائج أو الخدمات الضرورية.

- بيان محددة خدمات التدخل المبكر اللازمة لتلبية الاحتياجات الفريدة للرضيع أو طفل والأسرة، بما في ذلك شدة، والتردد، وطريقة تقديم الخدمات.
- بيان من البيئات الطبيعية التـي تقـدم خـدمات التـدخل المبكـر التـي يجـب أن تقـدم بشكل مناسب، بما في ذلك تحديد المبرر إن وجد وإلى أي مدى، والتي لن تكون مقدمـة في البيئة الطبيعية.
- تحديد موعد بداية ونهاية المشروع والمدة المتوقعة لهذه الخدمات.
- تحديد المنسق والمسـؤول عـن تقـديم الخدمـة الأكـثر ملاءمـة للتعامـل مـع الرضـع أو الأطفـال الصـغار أو احتياجـات الأسر. (أو مـن هـو مؤهـل للقيـام بجميـع المسـؤولية والواجبـة التطبيـق بموجـب الجـزء جـيم) الـذي سـيكون مسـؤولاً عـن تنفيـذ الخطـة والتنسيق مع سائر الوكالات والأشخاص.
- الخطوات التي تتخذ لدعم عملية تحويل الطفل ذوي الإعاقة إلى الخـدمات المناسـبة أو غيرها في مرحلة ما قبل المدرسة. (council for exceptional children, 1998).

التركيز على الأسرة هو ثمرة هامة من نتائج بـرامج التـدخل المبكـر في مرحلـة الطفولـة: طفل معوق هو طفل في الأسرة، وأفراد الأسرة قـد تحتـاج للتربيـة والماليـة، أو الـدعم العـاطفي لتكون قادرة على تقديم أفضل الإعداد، الدعم، والأمن، والتحفيز لمساعدة الأطفـال المعـوقين أو المتأخرين في النمو لتحقيق إمكاناتهم. (Dunst & Trivette, 1997).

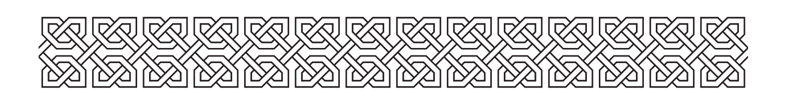
بما يتسق مع موقف الإيكولوجية وزارة التعليم تشجع على تدريب الآباء عـلى مهـارات القراءة والكتابة وإيجابية مهارات التفاعل بين الوالدين والطفل، ويشجع أيضاً أولياء الأمور عـلى المشاركة في تنمية أطفالهم. (Kirk, et al, 2003). (NEC-TAS, 2000).





الفصل السادس عشر

الإجراءات السلوكية في تقوية السلوك الأكاديمي والاجتماعي المقبول



الفصل السادس عشر

الفصل السادس عشر

الإجراءات السلوكية في تقوية السلوك الأكاديمي والاجتماعي المقبول

المقدمة:

يواجه المعلمون عند دمج طلبة ذوو حاجات خاصة في صفوفهم تحديات سلوكية خاصة فالطلبة من ذوو الحاجات الخاصة قد يخفقون في تأدية الكثير من الاستجابات الأكاديمية والاجتماعية وقد يظهرون كثيراً من الاستجابات داخل غرفة الصف غير المقبولة. وضعف الاستجابات يتطلب استخدام أساليب فعالة لتقويتها وتطويرها، ومن أجمل ما استخدم من أساليب ما ذكره (marvin & peter, 1997) حيث تم استخدام الموسيقى في تعديل سلوك (تشويه الذات) لدى الأطفال شديدي الإعاقة والمتمثلة (بالخدش ـ العض وشد الشعر أو إصدار الأصوات العالية والمزعجة أو الصراخ) حيث تم استخدام لعبة تصدر أصوات موسيقية يظهر الطفل استمتاعه بها، وفي كل مرة ينخرط فيها بسلوك تشويه الذات يتم إيقاف الموسيقى ويبتعد المعلم أو المُعدل عن الطفل، والهدف من ذلك يتمثل في إنشاء رابط بين السلوك المستهدف (تشويه الذات) والنتيجة المترتبة على إيقاف اللعبة والتجاهل الذي يظهره المدرس أو المعدل، وفي حالة تناقص معدل تشويه الذات تحت هذه الظروف، حينها يمكن القول بأن الطفل

قد تعلم أن لا يكون مشوهاً لذاته. وهناك العديد من الأساليب التي سنتحدث عنها قد تم اختبارها ميدانياً وأثبتت الدراسات نجاحها في عدد كبير من الحالات وذلك خلال العقود الماضية.

التعزيز:

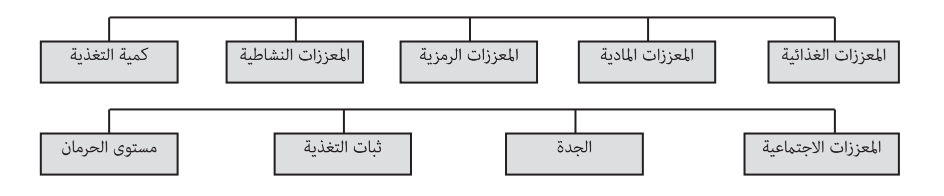
ويعرف التعزيز على أنه حالة سارة أو مثير مرغوب فيه يتبع سلوكاً بحيث يعمل على تقوية احتمالية تكراره لاحقاً. وهناك شكلين للتعزيز:

- التعزيز الإيجابي.
- التعزيز السلبي. (العناني، 2005).

أولاً: التعزيز الإيجابي:

وهو إضافة شيء محبب لدى الشخص مادياً أو معنوياً على سلوكه السوي مما يعزز هذا ا لسلوك ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف والاستجابات تقوى بالتعزيز وتضعف بدونه والنتيجة هي التي تحدد هل ما حدث كان تعزيزاً أم لا؟ وينبغي على المعلم أو المعدل إن يعرف المعززات المحتملة للشخص الذي يرغب في تعديل سلوكه فما هو معزز لهذا الطالب قد لا يكون معززاً لذلك الشخص كما أن ما هو معزز لشخص ما في وقت ما ربما لا يكون معززاً له في وقت آخر. (الخطيب، 2008)، (العتوم، 2006).

أنواع المعززات:



1ـ المعززات الغذائية:

وتشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد وهي معززات أولية تلبي الحاجات الأساسية للفرد وهي ذات أثر بالغ الأهمية في السلوك. إلا أن إحدى المشكلات الأساسية التي تواجه المعالج عند استخدام المعززات الغذائية تتمثل في مشكلة الإشباع التي تعني أن المعزز يفقد فعاليته نتيجة استهلاك الفرد كمية كبيرة منه وبالإمكان التغلب على هذه المشكلة من خلال:

1ـ استخدام أكثر من معزز واحد.

2ـ تجنب إعطاء كميات كبيرة من المعزز نفسه.

3ـ أقران هذه المعززات بمعززات اجتماعية مثل (الثناء ـ الابتسام ـ التربيت).

2ـ المعززات المادية:

وتشمل هذه المعززات أية أشياء مادية تقدم للفرد مثل (الألعاب ـ القصص ـ الألوان ـ الأقلام ـ الصور... الخ) واستخدمت هذه المعززات بنجاح لتقوية أشكال عديدة من الاستجابات الاجتماعية والأكاديمية وخاصة لدى الأفراد الذين لا يستجيبون جيداً للمعززات الاجتماعية المألوفة. وبالرغم من فعالية هذه المعززات فهناك من يعترض على استخدامها ويقول إن تقديم هذا النوع من المعززات الخارجية للفرد مقابل تأديته للسلوك المطلوب منه يعتبر رشوة من قبل المعالج أو المعدل. (عبد الهادي، والعزة، 2001).

3ـ المعززات الرمزية:

وتسمى هذه الأشياء بالمعززات القابلة للاستبدال فهي عبارة عن تذاكر أو نقاط أو فيش أو نجوم يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى (مادية أو غير مادية).

4ـ المعززات النشاطية:

وتشمل هذه المعززات أي نشاط يثير اهتمام الشخص ويستجيب له بشكل إيجابي (مثل مشاهدة التلفاز، والاسترخاء، الوقت الحر، الألعاب الرياضية، الرسم، الموسيقى، القيام بدور عريف للصف، دق جرس المدرسة، الاشتراك في مجلة الحائط...) وأكدت الدراسات أن هذا النوع من المعززات له دور إيجابي في تقوية السلوك الاجتماعي والأكاديمي بالإضافة إلى الدور الكبير والمهم في الدافعية للتعلم. (الخطيب، 2008).

5ـ المعززات الاجتماعية:

ولها إيجابيات كثيرة جداً منها أنها مثيرات طبيعية ويمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع، والمعززات الاجتماعية هي أكثر المعززات قبولاً واستخداماً في غرفة الصف، ومن الأمثلة على المعززات الاجتماعية ما يلي:

- الابتسام والثناء والانتباه والتصفيق.
- التربيت على الكتف أو المصافحة.
- التحدث إيجابياً عن الفرد أمام الزملاء ومعلميه.
- نظرات الإعجاب والتقدير.
- الجلوس بجانب الطالب أثناء مشاركته في الرحلة.
- عرض الأعمال الجيدة أمام الصف.
- إرسال شهادة تقدير لولي أمر الطالب.

العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز:

1ـ فورية التعزيز.

2ـ اختيار المعززات المناسبة للفرد.

3ـ استخدام التعزيز المتواصل عند تعليم سلوك جديد.

4ـ استخدام التعزيز المتقطع للمحافظة على استمرارية السلوك.

5ـ التنويع في المعززات أكثر فعالية من معزز واحد.

6ـ كمية التعزيز:

يجب تحديد كمية التعزيز التي ستعطى للفرد وذلك يعتمد على نوع المعزز فكلما زادت كمية التعزيز كانت فعاليته أكثر إلا أن إعطاء كمية كبيرة جداً من التعزيز في فترة زمنية قصيرة قد يؤدي إلى الإشباع وهذا يؤدي إلى فقدان المعزز قيمته لهذا علينا استخدام معززات مختلفة لا معزز واحد.

7ـ الجدة:

عندما يكون المعزز شيئاً جديداً فإنه يكسبه خاصية، لذا ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان.

8ـ ثبات التعزيز:

يجب أن يكون التعزيز على نحو منظم وفق قوانين معينة يتم تحديدها قبل البدء بتنفيذ برنامج العلاج وأن نبتعد عن العشوائية.

9ـ مستوى الحرمان:

كلما كان حرمان الفرد أكبر كلما كان المعزز أكثر فعالية.

وهناك جداول عديدة للتعزيز متواصلة ومتقطعة منها:

1ـ جداول التعزيز المتواصلة: وفيها يعطى التعزيز بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المرغوب فيه.

2ـ جداول التعزيز المتقطعة: وفيها لا يعطى التعزيز بعد كل مرة يحدث فيها السلوك ولكنه يعطي أحياناً فقط. (علاونة، 2003).

وهناك أربعة أشكال من التعزيز المتقطع:

أ ـ جدول الفترة الثابتة: وفيه يتم تعزيز السلوك بعد فترة زمنية ثابتة (كل 5 دقائق أو كل ساعة، أو كل أسبوع... الخ) مثل الرواتب الشهرية للموظفين، عطلة نهاية الأسبوع، تعزيز الطلاب برحلة كل شهر. (الحازمي، 2007).

ب ـ جدول الفترة المتغيرة: وفيها لا تكون الفترة الزمنية ثابتة للتعزيز بل تتغير من فترة إلى أخرى فبدلاً من أن تكون الفترة التي يجب أن تمر قبل تقديم التعزيز خمس دقائق يقدم التعزيز مرة بعد خمس دقائق ومرة بعد سبع دقائق ومرة بعد عشرـ دقائق وهكذا، وهذا الجدول يقوي الاستجابة، مثل المكافئات والحوافز غير الدورية للموظفين. (الهنداوي، والزغلول، 2002).

ج ـ جدول النسبة الثابتة: وهنا المحك هو عدد الاستجابات حيث يقدم التعزيز بعد حدوث عدد ثابت من الاستجابات.

د ـ جدول النسبة المتغيرة: ويختلف هذا الجدول عن الجداول السابقة في أن عدد الاستجابات المطلوبة للحصول على التعزيز غير ثابت. (الخطيب، 2008).

جدول رقم (1): جدول التعزيز

جداول التعزيز	الإجراء	محك التعزيز	مثال
المستمر	إعطاء التعزيز بعد كل استجابة	ظهور الاستجابة	تعزيز الطالب في كل مرة يجيب فيها على السؤال الذي يطرح عليه
الفترة الثابتة	إعطاء التعزيز بعد فاصل زمني ثابت ومحدد	الفاصل الزمني الثابت	عطلة نهاية الأسبوع والراتب الشهري
الفترة المتغيرة	إعطاء التعزيز بعد فترات زمنية متغيرة	فاصل زمني غير محدد أو ثابت	المكافئات والحوافز غير الدورية
النسبة الثابتة	إعطاء التعزيز بعد عدد ثابت ومحدد من السلوك	عدد ثابت ومحدد من الاستجابات	إعطاء الطالب علامة بعد حل ثلاث وظائف
النسبة المتغيرة	إعطاء التعزيز بعد عدد غير ثابت أو محدد من السلوك	عدد متغير أو غير منتظم من الاستجابات	عمل الرحلات في فترات زمنية مختلفة من السنة مكافئة للطلاب

ثانياً: التعزيز السلبي:

ويتمثل هذا الإجراء في إزالة أو سحب مثير غير مرغوب فيه أو إزالة حالة مؤلمة نتيجة لقيام الفرد بسلوك مرغوب فيه بهدف الحفاظ على هذا السلوك وتقويته. مثل إعفاء الطالب من الرسوم الجامعية نظراً لتفوقه الأكاديمي. (الهنداوي، والزغلول، 2002). والتعزيز السلبي ليس عقاباً كما يظن البعض فهو يؤدي إلى تقوية السلوك بينما يعمل العقاب على إضعافه، ومن الأمثلة على استخدامها في غرفة الصف أن يقول المعلم للطلبة: «من يسلم تقريراً جيداً هذا الأسبوع لم يطلب منه تقديم تقرير الأسبوع القادم»؟. (الخطيب، 2008)، (العتوم، 2005).

الإجراءات السلوكية في تقليل السلوك الأكاديمي والاجتماعي غير المقبول:

يظهر الأطفال المعوقين العديد من الأنماط السلوكية غير التكيفية أو غير المناسبة التي يجب خفضها، وهذه الأنماط السلوكية ترتبط بمتغيرات مختلفة من أهمها:



- **الجنس:**

إن مظاهر السلوك غير التكيفي أكثر شيوعاً عند الأطفال الذكور منه عند الإناث.

- **العمر الزمني:**

كلما تقدم عمر الطفل كلما انخفض السلوك غير التكيفي.

- **العمر العقلي:**

معدل حدوث السلوك غير التكيفي يزداد بانخفاض القدرات العقلية العامة للفرد، فلا بد من أن يوظف المعلم الاستراتيجيات التي تستطيع خفض المظاهر السلوكية غير التكيفية وهذا جزء من عمله.

أولاً: العقاب:

وهو إجراء أو حدث مؤلم غير سار يتبع سلوكاً غير مرغوب فيه يعمل على إضعاف احتمالية حدوثه أو تكراره في المستقبل. (الهنداوي، والزغلول، 2002). ويأخذ العقاب الشكلين التاليين:

1ـ العقاب من الدرجة الأولى: ويشتمل على تعريض الفرد لمثيرات

بغيضة أو منفرة (كالضرب والتوبيخ) ويسمى أيضاً هذا النوع من العقاب (بالعقاب الإيجابي).

2ـ العقاب من الدرجة الثانية: ويشتمل على إزالة حدث سار أو مثير مرغوب فيه كنتيجة لقيام الفرد بسلوك غير مرغوب فيه بهدف تقليل حدوثه أو تكراره، مثل: (حرمان الطالب من اللعب نظراً لعدم حله للوظائف المدرسية)، ويسمى أيضاً هذا النوع من العقاب (بالعقاب السلبي). (الحازمي، 2007). ويجب عدم الخلط بين العقاب السلبي والتعزيز السلبي، فالتعزيز السلبي يستخدم للحفاظ على سلوك مرغوب فيه من خلال إزالة شيء أو مثير غير مرغوب فيه، في حين يهدف العقاب السلبي إلى التقليل من احتمالية سلوك غير مرغوب فيه من خلال إزالة مثير مرغوب فيه. ويلخص الجدول رقم (2) الفرق بين إجراءات التعزيز والعقاب.

جدول رقم (2): الفرق بين إجراءات التعزيز والعقاب

إجراء التعزيز	نوع السلوك	الإجراء	مثال
التعزيز الإيجابي	مرغوب فيه	تقديم مثير مرغوب فيه	تقديم مكافئة مادية أو معنوية أو اجتماعية للطالب الذي يطيع التعليمات أو يحل وظائفه
التعزيز السلبي	مرغوب فيه	إزالة مثير غير مرغوب فيه	إعفاء الطالب من الرسوم الجامعية نظراً لتفوقه الأكاديمي
العقاب الإيجابي	غير مرغوب فيه	تقديم مثير غير مرغوب فيه	الضرب أو الجلد
العقاب السلبي	غير مرغوب فيه	إزالة مثير مرغوب فيه	حرمان الطالب من اللعب نظراً لعدم حله للوظائف المدرسية

(الهنداوي، والزغلول، 2002)

العوامل التي تؤثر في فاعلية العقاب:

1ـ تحديد السلوك المراد تقليله أو إيقافه وتعريفه بدقة ووضوح.

2ـ التأكد من أن المثير الذي سيتم استخدامه مثير عقابي حقاً.

3ـ شدة العقاب كلما زادت شدة العقاب كان أثره على السلوك أكبر ولكن هذا لا يعني استخدام العقاب العنيف وإنما تجنب زيادة شدته تدريجياً لأن ذلك يؤدي إلى تعود الشخص على العقاب.

4ـ فورية العقاب وهو من أهم العوامل التي تؤثر في فاعلية العقاب هو معاقبة السلوك غير المرغوب فيه بعد حدوثه مباشرة والامتناع عن تأجيل العقاب فإلغاء العقاب ربما يكون أفضل من العقاب المؤجل وخاصة إذا أجل العقاب فترة زمنية طويلة.

5ـ ثبات العقاب ويقصد به تنفيذ التهديد بالعقاب وإلا فقد الشخص مصداقيته.

6ـ قد يؤدي العقاب المتكرر إلى نتائج سلبية عديدة منها: تأثر مفهوم الذات وللحد من هذه الآثار السلبية ينبغي تعزيز السلوك المرغوب فيه وهذا يؤدي على المدى البعيد إلى فاعلية العقاب.

7ـ اللجوء إلى العقاب عند الحاجة فقط. (عبد الهادي، والعزة، 2001).

حسنات وسيئات العقاب

حسنات العقاب	سيئات العقاب
1ـ يوقف العقاب السلوك غير المرغوب فيه فوراً.	1ـ قد يولد العدوان والعنف والهجوم المضاد إذا كان شديداً.
2ـ يقلل من احتمالية تقليد الآخرين.	2ـ يؤدي إلى حالات انفعالية غير سوية (البكاء، الصراخ)، إذا كان شديداً.
3ـ يحدد المثيرات (السلوك) التي سيحدث فيها العقاب.	3ـ يكبح السلوك غير المرغوب به فقط.
4ـ يسهل في بعض الأحيان عملية التعليم والتدريب.	4ـ يؤدي إلى علاقات سلبية بين المعاقب والمعاقب إذا كان العقاب شديداً.
	5ـ يؤدي إلى الهروب والتجنب (إذا كان العقاب شديداً).
	6ـ نتائج العقاب مؤقتة فالسلوك يختفي بوجود مثير عقابي ويظهر في عقابه.
	7ـ يؤدي العقاب إلى النمذجة السلبية من قبل الطالب.

(عبد الهادي، والعزة، 2001).

ثانياً: المحو:

تستمر السلوكيات غير المرغوب فيها أحياناً بسبب الانتباه إليها ولهذا يمكن معالجة تلك السلوكيات بتجاهلها وهذا يسمى (التجاهل المخطط له) ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجياً من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمراريته في الماضي.

خصائص السلوك الذي يخضع للمحو:

1ـ إن السلوك المستهدف يقوى بدلاً من أن يضعف في البداية.

2ـ يؤدي هذا الإجراء إلى ظهور استجابات انفعالية غير مقبولة.

3ـ يظهر السلوك أحياناً بعد انطفائه، وتسمى هذه الظاهرة بالاستعادة التلقائية.

4ـ الإطفاء يقلل السلوك تدريجياً، وتعتمد سرعة اختفاء السلوك الذي يخضع للمحو على عدة عوامل من أهمها جدول التعزيز الذي كان السلوك المستهدف يخضع له (فالتعزيز المتقطع يعني مقاومة أكبر للمحو).

إجراءات التقليل المستندة إلى التعزيز:

ربما تكون أكثر إجراءات التقليل إيجابية هي الإجراءات المستندة إلى التعزيز ويمكننا استخدام التعزيز لتقليل السلوك غير المرغوب فيه وفق القوانين التالية:

أ: تعزيز غياب السلوك:

ويتضمن هذا الإجراء تعزيز الشخص في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المرغوب فيه لفترة زمنية محددة، ويعتمد طول تلك الفترة على معدل حدوث السلوك المستهدف قبل البدء بالمعالجة، وهذا الإجراء يشتمل على محو السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز السلوكيات الأخرى المرغوب فيها. (الخطيب، 2008).

ب: تعزيز السلوك البديل:

ويسمى هذا الإجراء أيضاً بالاشتراط المضاد إذ أنه يشتمل على تعزيز الشخص على القيام بسلوك لا يتوافق والسلوك غير المرغوب فيه، فبدلاً من توبيخ الفرد عندما يجيب عن الأسئلة دون أن يرفع يده، يستطيع المعلم أن يثني عليه عندما يرفع يده. (الحازمي، 2007).

ج: تعزيز النقصان التدريجي في السلوك:

يتضمن هذا الإجراء تعزيز الشخص عندما يصبح معدل حدوث السلوك غير المرغوب فيه لديه أقل من قيمة معينة يتم تحديدها مسبقاً. ويهدف

هذا الإجراء إلى تقليل السلوك وليس إلى إيقافه وهو يشبه الإجراء المسمى بالتشكيل حيث إن كليهما يحاول تحقيق الأهداف تدريجياً.

ثالثاً: الإقصاء عن التعزيز الإيجابي:

ويشتمل على حرمان الشخص ـ مؤقتاً ـ من إمكانية الحصول على التعزيز وذلك بإقصائه من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة حال تأديته للسلوك المراد تقليله. ويأخذ الإقصاء ثلاثة أشكال هي:

أ: الملاحظة الشرطية:

وهنا يتم إقصاء ـ إبعاد ـ الطفل عن الأطفال الآخرين لفترة زمنية محددة جزاء له على تصرفه غير اللائق، وأثناء تلك الفترة يتم تجاهله بعد أن يكون قد حرم من النشاط المفضل لديه، كما يطلب منه ملاحظة الأطفال الآخرين وهم يقومون بالنشاط ويحصلون على التعزيز.

ب: الاستثناء:

وفي هذا النوع من الإقصاء يقوم المعلم بحرمان الطفل من النشاط المفضل ومن مشاهدة الأطفال الآخرين أثناء ممارسة النشاط ولكن دون اللجوء إلى نقله إلى مكان خارج الغرفة الصفية، فعلى سبيل المثال يرغم المعلم الشخص على الجلوس في كرسي خاص في أحد زوايا الصف ويطلب منه أن يجلس مواجهاً الحائط لفترة من الزمن.

ج: العزل:

ويتضمن هذا الإجراء إقصاء الشخص من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة تسمى غرفة العزل، ويجب أن لا يستمر لأكثر من عدة دقائق. (الخطيب، 2008)، (العتوم، 2005).

رابعاً: تكلفة الاستجابة:

ويعني ذلك أن قيام الفرد بسلوك غير مرغوب فيه سيكلفه فقدان جزء من المعززات التي في حوزته. وهو غالباً ما يسمى بالغرامة أو المخالفة. ويجب أن تتناسب كمية الغرامة مع طبيعة السلوك المستهدف فلا نريد أن يفقد الشخص كل ما لديه من معززات مرة واحدة، فإذا حدث ذلك لم يعد لدى الشخص ما يفقده وهذا يجعل تكلفة الاستجابة عديمة المعنى والقيمة.

خامساً: التصحيح الزائد:

وهو أسلوب عقابي يأخذ شكلين هما:

أ ـ تصحيح الوضع: ويتضمن إرغام الشخص على إعادة الوضع إلى حال أفضل مما كان عليه.

ب ـ الممارسة الإيجابية: ويتضمن إرغام الشخص في حالة قيامه بالسلوك غير المقبول على تأدية سلوك بديل له لفترة زمنية محددة، فمثلاً، الشخص الذي يهز جسمه بشكل مزعج يمكن أن يرغم على القيام بحركات رياضية متعبة لفترة زمنية. (الحازمي، 2007).

سادساً: التوبيخ:

ويشتمل هذا الإجراء على قيام المعلم بتوبيخ الطالب ولفت انتباهه إلى ضرورة التوقف عن السلوك غير المناسب وفي العادة يوبخ المعلم الطالب عن بعد وبصوت مرتفع يسمعه الطلاب الآخرون، وقد يؤدي ذلك إلى تشتت انتباه

الطلاب وقد يدفعهم إلى الانتباه إلى الطالب الذي أظهر السلوك غير المرغوب فيه والنظر إليه وهذا كله قد يعمل بمثابة مكافأة له. (العناني، 2008).

سابعاً: التعاقد السلوكي:

وهو أحد الوسائل المستخدمة في تعديل السلوك ويخلو من التهديد والعقاب وهو اتفاقية مكتوبة مع الطالب حول موضوع ما ويحدد فيه ما هو مطلوب من الطالب ونوع المكافأة من المرشد ويلتزم فيها الطرفان. ويوجد نماذج معينة للعقد السلوكي. (الشكل 1).

نموذج مقترح رقم (1)

أنا الطالب: .... بالصف: ....

سوف: ....

أنا المرشد: ....

سوف أعطي الطالب: ....

عندما يكمل بنود هذا العقد.

حرر في الساعة: من يوم: وتاريخ: / /

توقيع الطالب: توقيع المرشد:

نموذج مقترح رقم (2)

هذا عقد بين الطالب: ....

والمرشد التربوي: ....

هذا العقد يبدأ في: ....وينتهي في: ....

وبنود العقد هي:

المهمة: ....

المكافأة: ....

ملاحظات:

أ ـ

ب ـ

ج ـ

د ـ

اسم الطالب: .... توقيع الطالب: ....

اسم المرشد: .... توقيع المرشد: ....

التاريخ: ....

تطبيقات تحليل السلوك لدى الأطفال غير العاديين:

تمتلك اتجاهات النمو المعرفي تأثيراً ملحوظاً على المنهاج الخاص بالتعليم النظامي للمرحلة الأساسية إلا أن اتجاه تحليل السلوك قد تقنيات (وسائل) خاصة بالتعامل مع نمو السلوكيات الشاذة في الحالات التي تتراوح ما بين المتوسطة إلى الشديدة والتي لا يمكن التعامل معها بشكل واضح داخل الصفوف العادية، وتعد كل الوسائل المتشابهة بشكل كبير مجرد إعداد منهجي (نظامي) لكل من مبادئ التعليم المنطقي والتفاعل الطلابي المهم لعملية التعلم داخل أي غرفة صفية (Becker, 1971)، وينظر إلى السلوكيات الشاذة بكونها استجابات متعلمة (learned responses)، ويتم تعلم مثل هذه السلوكيات الشاذة (مثل، ضعف التحصيل في القراءة، العدائية الجسدية غير الملائمة) كاستجابة لظروف غير ملائمة وغير مناسبة وكمكافئات داخل البيئة، وتتم عملية البدء باستخدام مبادئ تحليل السلوك من أجل تغيير السلوكيات الشاذة من خلال مشاهدة وقياس السلوكيات المحددة المرغوب بتغييرها حيث تسمى تلك السلوكيات باسم «السلوكيات المستهدفة». (الخطيب، 2001)، (العناني، 2005).

ويمكن للأطفال المعاقين بدرجة شديدة أو عميقة أن يظهروا سلوكيات نفسية حركية psychomotor وانفعالية affective تتداخل مع قدرتهم على التكيف، فمثلاً، يمكن لعملية تشويه الذات self-mutilation (المتمثلة بالخدش ـ الخرمشة ـ والعض وشد الشعر أو إصدار الأصوات العالية والمزعجة أو الصراخ) أن تعيق بشكل خطير محاولات عملية تعليم العناية بالنفس وبقية المهارات التكيّفية الأخرى، وفي مثل هذه الحالات تصبح السلوكيات غير

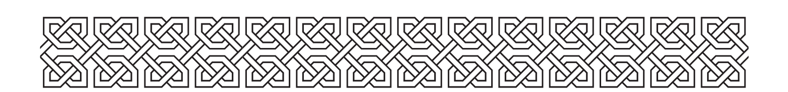
المرغوبة هي «الأهداف» targets من أجل عملية التبطيئ أو الإطفاء بينما تصبح السلوكيات المرغوبة أهدافاً لعملية التسريع أو التقوية، ويتم قياس كل سلوك مستهدف ومحدد من خلال عملية إحصاء عدد مرات حدوثه تحت ظروف محددة ولفترة زمنية محددة، ويمكن أن تتضمن محاولة تعديل (تغيير) سلوك تشويه الذات لدى الأطفال شديدي الإعاقة على استخدام لعبة موسيقية يظهر الطفل استمتاعه بها، وفي كل مرة ينخرط فيها الطفل بسلوك تشويه الذات يتم إيقاف الموسيقى ويبتعد المعلم (البالغ) عن الطفل، والهدف من ذلك يتمثل في إنشاء رابط بين السلوك المستهدف (تشويه الذات) والنتيجة المترتبة المتمثلة في هذه الحالة بعملية إيقاف اللعبة والتجاهل الذي يظهره المعلم، وفي حالة تناقص معدل تشويه الذات (المأمول باختفائها جميعاً) تحت هذه الظروف حينها يمكن القول أن الطفل قد تعلم أن لا يكون مشوهاً لذاته. (الداهري، 2001).

وكمثال آخر لعملية تعديل السلوك لدى الأطفال متوسطي الإعاقة المدمجين في صفوف دراسية عادية والتي تتضمن سلوكاً مستهدفاً مثل عملية نداء الطفل للمعلم بشكل غير ملائم عند حاجته للفت انتباه المعلم أو طلبه للمساعدة، فعندها يوضح المعلم أنه سيستجيب للطالب فقط عندما يقوم برفع عده ومن ثم يباشر المعلم مكافأة سلوك رفع الأيدي من خلال الانتباه والثناء بينما يقوم بالتجاهل الكلي لسلوك النداء، إن عملية تعديل السلوك الناجحة سوف تنتج من خلال تقليل معدل النداء وزيادة معدل رفع الأيدي. (الداهري، 2007).



الفصل السابع عشر

الإجراءات الانضباطية والعلاجية للسلوك
في الإدارة الصفية



الفصل السابع عشر

الفصل السابع عشر

الإجراءات الانضباطية والعلاجية للسلوك في الإدارة الصفية

المقدمة:

في هذا الفصل نتطرق إلى ما يتعلـق بسـلوكيات المتعلمـين والقـدرات القياديـة في إدارة النظـام داخـل غرفـة الصـف وتنظـيم الإجـراءات الانضـباطية فيهـا إن الإدارة الصـفية تتطلـب باستمرار نظاماً مستتباً فيها وهو ركن أساسي من أركان العملية التعليميـة التربويـة وتعتـبر مـن العوامل الجوهرية لنجاح قيـادة المعلـم في تنفيـذ مهامـه ومسـؤولياته وسـيطرته المتوازنـة مـع طبيعة أجواء الصف التربوية والإنسانية ولأجل التواصل مع هذا المضمون والتفاعل مع مفرداته لا بد من التطرق إلى المفاهيم والمعاني الأساسية والتي تـرتبط بـإدارة الـتعلم وتنظـيم الصـفوف وطبيعة النظام وأبعاده الإيجابية والسلبية في تلك الغرفة.

معنى النظام:

يشير (طارق البدري) إلى معنى النظام (أنه صفة إدارية تنظيمية الهدف منها تحقيق الالتزام والتقيد بالأسس التي تدعو إلى توظيف صيغ الاحترام لمبادئ المناخ التدريسي لكي تستمر العملية التعليمية ضمن مساراتها الأصولية دون الإخلال لطبيعة النظام).

كما يعرفه ستيورات (النظام هو وضع كل شيء في موقعه المناسب ووضع كل شخص في موقعه اللائق وربط الأشياء بعضها ببعض من أجل تكوين وحدة إدارية متكاملة أكبر مما هي عملية رقابة سلوك) ويعرفها جون ديوي (عبارة عن تحديد المسؤوليات والسلطات وربط المواقع بالأشخاص وتحديد العلاقة بينهم بجهد جماعي لتحقيق أهداف العمل).

وفي ضوء هذه التعريفات يظهر ما يلي:

1ـ أسس العلاقة والتفاعل القائمة بين الأفراد والجماعات وبين الوظائف الاجتماعية.

2ـ إخضاع وتوجيه دوافع وميول الفرد وقواه الفطرية وطاقاته المبدعة. (البدري، 2005).

وتأسيساً على هذا المضمون فلا بد من التأكيد على دور القيادة الصفية والعاملين في الإدارة المدرسية في تحمل المسؤولية المباشرة لإبراز أهمية النظام الذي تكمن فيه الحالات التالية:

1ـ النظام عامل مهم في مساعدة المؤسسة التربوية على تحقيق أهدافها.

2ـ يسهم في انسيابية عملية التعلم والتعليم وإنهاء المناهج حسب توقيتاتها المحددة.

3ـ تنسيق الأعمال داخل الصف والاستفادة القصوى من الشحنة التدريسية وتسهيل العمليات المتبعة والرقابة وتقويم النتائج.

4ــ المساعدة في ترسيخ الأهداف السلوكية والعمل تحت شعار التعاون المتبادل والمشاركة العملية فيما بين المعلم والطلاب وما بين الطلاب بعضهم مع بعض.

5ـ الموازنة ما بين حقوق الطلبة وواجباتهم اتجاه المسؤولية التربوية للمدرسة ولنظام الصف. (البدري، 2005).

الانضباط:

يعرف الانضباط على أنه التقيد، الالتزام، الطاعة، التنفيذ، الحزم وهناك أنواع من الانضباط وهي كما يلي:



1ـ انضباط ذاتي: قدرة الطالب على تحقيق حالات الالتزام والتقيد بالتعليمات المدرسية والعمل وفقاً لمضامينها وإعرافه عبر توجيه ورقابة ذاتية لميوله ورغباته وحاجاته والوصول إلى سلوك تربوي اجتماعي مقبول ومتناسب مع متطلبات المناخ الصفي.

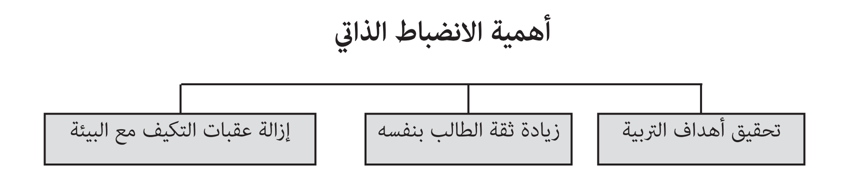
2ـ انضباط خارجي: وهي مجموعة التوجيهات والتعليمات والتنبيه الصادر من المعلم أو المدير أو مسؤول الصف إلى الطلاب ودعوتهم للالتزام بالقواعد والأعراف لمناخ الصف التعليمي. (البدري، 2005).

أهمية الانضباط الذاتي:

يعد موضوع الانضباط الذاتي من الموضوعات المهمة في المجال التربوي التي يستدعي اتباع أساليب بناءة وهادفة من قبل المربين التربويين تساهم في

تحقيق أهداف التربية وإزالة العقبات وبخاصة ما كان منها ناجماً عن صعوبات في التكيف مع البيئة المدرسية.

إن جزءاً كبيراً من تحقيق الانضباط الذاتي لدى الطلبة يقع على كاهل المعلم داخل غرفة الصف وخارجها وبخاصة إذا كان أولئك الطلبة في مرحلة المراهقة ففي تلك المرحلة تزداد حساسية الطالب نحو العلاقة التي تربطه بالآخرين وربما يتوقف مدى انضباطه على معاملة زملائه ومعلميه له فإما أن يزيد ذلك من ثقته بنفسه ويجعله يتردد أو يبتعد عن ممارسة أي عمل من شأنه أن يسيء إليه وإلى مدرسته وزملائه وإما أن يغالي في هذا الأمر فلا يكترث إلى ما سيحدث نتيجة ممارسته وعدم انضباطيته وإثارة المشكلات التي من الممكن أن تعيق تحقيق الأهداف. (نبهان، 2008).



التنظيم (Structure):

يعد التنظيم من الملامح البارزة للبيئة العلاجية وقد رأى (كارم فينكل، 1971) أن التنظيم يتضمن قواعد ومبادئ روتينية ثابتة يمكن التنبؤ بها وتعد مصادر للدعم والاستقرار الخارجي للطلاب الذين تتميز حياتهم بالاضطراب والتشوش ويتفق معظم المهتمين بالتوجه النفسي التربوي مع وجهة نظر فينكل على أن «الأطفال المضطربين يحتاجون إلى من يقوم بتنظيم حياتهم. (فينكل، 1971، ص339).

وقد أكد الباحثون ممن ينتمون إلى المدرسة السلوكية أيضاً إلى أهمية التنظيم من خلال القواعد والمبادئ الروتينية وقد وجد كل من مادسن وبيكر وتوماس (1968) ـ على سبيل المثال ـ أن القواعد تصبح أكثر فاعلية عندما تكون:

1ـ قليلة العدد.

2ـ قصيرة نسبياً.

3ـ مصاغة بأسلوب إيجابي (مثل اعمل بهدوء بدلاً من كف الإزعاج).

4ـ تراجع بانتظام مع الطلاب كما وجدوا أيضاً أن القواعد تكون أكثر فائدة عندما يتم تعزيز الطلاب على اتباعها كما يتم تجاهل السلوك غير المرغوب.

الاستشارة البيئية (Environmental Stimulation):

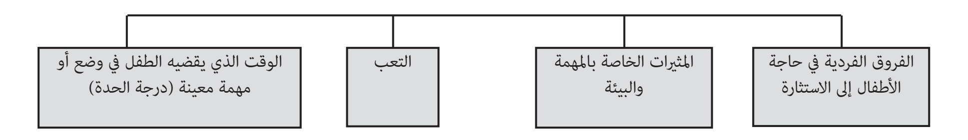
لقد استحوذت دراسة تأثير مختلف جوانب البيئة المادية على الأداء الأكاديمي للطلاب وسلوكهم الاجتماعي على اهتمام كثير من الباحثين وقد أسفر ذلك عن حدوث تغير كبير في وجهات النظر حول تأثير بعض العوامل البيئية وبشكل خاص تأثير مختلف أنواع الاستثارة الحسية. (شريف، عابدين، 2004).

وقد اقترح كل من ستراوس ولتنين (Strauss & Lehtinin, 1947) وكروكشانك وآخرون (Cruickshank, 1961) «نظرية الفيضان» (Overflow Theory) لتفسير تأثير المثيرات الحسية على الطلاب ذوي النشاط الزائد أو

غيرهم من ذوي الاضطرابات العصبية حيث اعتقدوا أن ارتفاع مستوى الاستثارة الحسية (سواء السمعية أو البصرية) له تأثير عام في زيادة نشاط الطلاب وتشتتهم وقد اقترحوا لذلك أساليب علاجية تتضمن عزل الطلاب ذوي النشاط الزائد عن أقرانهم باستخدام المقصورات أو المهاجع Cubicles الدراسية واستبعاد الأثاث الزائد أو غير الضروري والحد من الزخرفة والديكورات والنوافذ في غرف الدراسة وبصورة عامة يجب أن تكون غرف الدراسة بسيطة والبيئة وغير مثيرة وذلك على افتراض انخفاض الاستثارة الحسية (كمدخلات) يمكن أن يسفر عن خفض سلوك النشاط الزائد (كمخرجات). (الهاجري، 1993).

بيد أن الأبحاث الحديثة لم تدعم تلك النظرية مما دفع زينتال (Zentall, 1983) إلى تقديم «نظرية أفضل استثارة» Optimal Stimulation Theory بناء مراجعتها للدراسات التي أجريت على عينات مختلفة من الأطفال العاديين وذوي النشاط الزائد والمضطربين سلوكياً والتوحديين وطبقاً لهذه النظرية فإن مستوى الإشارة يتحدد وفقاً لعوامل تشمل:

مستويات الإشارة من نظرية أفضل استثارة



وهكذا فإن زيادة الاستثارة الحسية لا تؤدي ببساطة إلى تزايد النشاط وإنما يحدث ذلك نتيجة تضافر مجموعة من الخصائص الفردية والبيئة وتلك

الخاصة بالمهمة حيث تشترك جميعاً في تحديد مستوى الاستثارة لـدى الطفـل بالإضـافة إلى أن كل من مستويات الاستثارة الحسية المتطرفـة ـ سـواء زيـادة أو نقـص ـ تـؤدي إلى ردود فعـل سـلوكية غـير مرغوبـة لـدى الأطفـال العـاديين وقـد يتفـاقم ذلـك التـأثير لـدى الأطفـال ذوي الاحتياجات الخاصة.

وعلى العكس من مزاعم نظرية الفيضان فقد وجـدت زاينتـال أن الألـوان الزاهيـة والمهـام والخبرات الجديدة ذات تأثير مهدئ بالنسـبة للأطفـال العـاديين وذوي النشـاط الزائـد مـا لم تكـن تلك المهام صـعبة جـداً أو غـير منضـمة بالإضـافة إلى أن الألـوان الجديـدة واسـتخدام النوافـذ قـد يحقق فوائد اجتماعية ونفسية كبيرة للأطفـال ورغـم وجـود نتـائج أقـل دقـة فـيما يتعلـق بتـأثير الضوضاء إلا أن المستويات المتوسطة من الضوضاء في الأماكن المألوفة قـد تـؤدي بصـورة عامـة إلى زيـادة مسـتوى الأداء بدرجـة تفـوق حـالات الهـدوء أو السـكون وقـد اتضـح أيضـاً أن الاسـتثارة الاجتماعية ذات فائدة أيضاً في التأثير على السلوك وبصورة عامة فكلما حدث تقـارب بـين الطالـب والمعلم أدى ذلك إلى تحسين السلوك الاجتماعي وكـذلك إلى الانشـغال بالمهمـة موضـوع الاهـتمام أما تزاحم الطلاب (تجمعهم في مكان معين) فقد أدى إلى تزايد كل مـن مسـتوى الأداء والمشـكلات الاجتماعيـة وقـد أجـرى كـل مـن هـود ـ سـميث ولفنجـول (Hood-Smith & Leffingwell, 1984) دراسة تجريبية لتأثير التنظيمات المختلفة لغرفة الدراسة على السلوك غـير المرغـوب حيـث اتضـح أن التنظيم التقليـدي المتضـمن جلـوس الطـلاب في صـفوف وأعمـدة يعـد أقـل تقـبلاً مـن بعـض التنظيمات الأخرى كما أوضـحت بعـض الدراسـات أن اسـتخدام المقصـورات Carrels مـع الطـلاب

المضطربين انفعالياً قد يفيدهم في تركيز الانتباه ولكنه لا يؤدي بالضرورة إلى تحسن مستوى الأداء الأكاديمي (شورز وهاوبريك Shores & Haubric, 1969) وقد اتضح أيضاً أن طول الفترة الزمنية التي يقضيها الطلاب في أوضاع أو مهام معينة ذات تأثيرات متباينة على سلوكياتهم فالفترات الزمنية الطويلة والأوضاع المألوفة تعد أكثر فائدة للطلاب الانطوائيين وغير النشطين بينما تباين هذا التأثير بالنسبة للطلاب ذوي النشاط الزائد وقد اقترحت زينتال (1983) بعض الإجراءات التي يمكن اتخاذها لمواجهة حاجات الطلاب للاستثارة البيئية تشمل ما يلي:

- تنظيم غرف للدراسة بما يتناسب مع ظروف الأعمال المختلفة.
- استخدام سماعات الأذن للتحكم في المثيرات الصوتية (تعليمات، موسيقى،... الخ).
- تشجيع الإيجابية في الإقدام على العمل والانشغال به.
- استخدام فترات زمنية متغيرة لأداء المهام المختلفة.
- الحد من كثافة الطلاب أو تزاحمهم في أماكن معينة.
- تقارب المعلم من الطلاب. (صالح، أحمد، 1990).

وترى زينتال (1983) «أن المهام غير المثيرة يجب أن تؤدى في ظروف أكثر إثارة وأماكن مرغوبة تحتوي على نوافذ وديكورات جذابة يقوم الطلاب بتغييرها من وقت لآخر بأنفسهم ويجب أن يتيح أثاث غرفة الدراسة للطلاب فرصة التحرك داخلها بحرية ويجب أن يعمل الطلاب مع زملاء مختلفين وفي مقاعد مختلفة مع تغيير المهام من وقت إلى آخر لتوفير مزيد من الاستثارة

للطلاب وحين يقدم الطلاب والمعلمون على أداء أعمال معقدة أو غير عادية عندئذ يجب أن تتوافر لهم أماكن العمل المألوفة والمريحة مع خفض كثافة الطلاب في تلك الأماكن». (ص109).

وهكذا يجب الاهتمام بإعداد البيئة المادية لغرف الدراسة حيث أن المعالم المادية للمكان تعد جزءاً من البيئة النفسية للطالب وتؤثر في سلوكه ومشاعره مثله مثل استراتيجيات تعديل السلوك والمنهج الدراسي ويجب أن تكون غرف الدراسة بيئات سارة ومرغوبة بالنسبة إلى كل من الطلاب والمعلمين على حد سواء ويجب العناية بتنظيماتها وديكوراتها بصورة توحي بالتقبل والاهتمام والتوقعات السلوكية كما أن مشاركة الطلاب في زخرفة غرفة الدراسة وكذلك إبراز أعماله على جدرانها من شأنه إشهارهم بأنهم جزء من تلك البيئة ويزيد من تقبلهم لها ومع أن المعلم نادراً ما يبدأ عملية التدريس في غرفة غير منظمة أو غير نظيفة إلا أنه يتعين عليه المحافظة عليها سواء من حيث التنظيم أو الديكور طول الوقت ويجعله بيئة علاجية للطلاب.

برامج تدعيم الأنا:

أكد بعض المهتمين بأساليب التدخل التربوي النفسي على الحاجات إلى العمل على تنمية تقدير الذات لدى الطلاب من خلال برامج تتيح لهم فرص النجاح أو ما أطلق عليه ريدل ووينمام (1952) تدعيم الأنا ego support من خلال معرفة خصائص الطلاب ذوي الاضطرابات الشخصية والأخلاقية فإن معظم هؤلاء الأطفال والمراهقين لديهم تاريخ طويل من الفشل سواء في العلاقات الاجتماعية أو التحصيل الدراسي وبالتالي يصبح من الضروري

تنظيم الخبرات المقدمة لهم بصورة تدفعهم إلى النجاح وبالطبع فإن ذلك يحتاج إلى تقييم دقيق لإمكانات الطالب ووضعه الراهن من حيث المهارات الاجتماعية والأكاديمية وبناء على ذلك يتم إعداد برامج تربوية تعمل على الحد من تعرضه للفشل وتقدم له سياقاً منظماً من التحديات التي تقوده إلى النجاح.

وقد اقترح فاجن ولونج وستفنس (Fagen, Long & Stevens, 1975) الخطوات التالية لتنظيم عملية التعليم لتحقيق النجاح:

1ـ البدء عند مستوى الأداء الفعلي للطالب أو دونه بقليل.

2ـ زيادة صعوبة المادة التعليمية تدريجياً بجرعات بسيطة.

3ـ تنظيم المهام التعليمية في سياق نمائي متتابع.

4ـ تزويد الطلاب بأغذية مرتدة (راجعة) إيجابية.

5ـ الإتقان من خلال التكرار أو الممارسة.

6ـ تعزيز ما يبذله الطلاب من جهد حقيقي.

7ـ تدعيم قيمة مجال المهارات.

8ـ دعم المرونة والاستمتاع بعملية التعلم.

9ـ اتخاذ ا لإجراءات اللازمة لنقل أثر التدريب إلى مواقف الحياة الطبيعية.

10ـ إعداد خطة تتضمن جلسات قصيرة من التدريب العادي المتكرر. (السرطاوي والشخص، 1999).

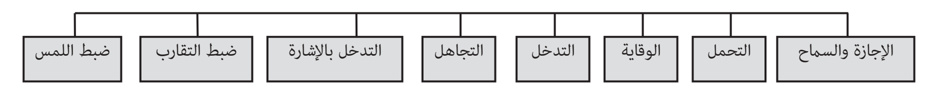
الإجراءات العلاجية للسلوك الظاهري:

قد تواجه المعلمين بعض التحديات التي تتمثل في كيفية التعامل مع سلوكيات الطلاب التي تتميز بتدمير الذات أو إزعاج الآخرين أو إعاقة العمل

الروتيني العادي بغرفة الدراسة وهنا يتعين على المعلم أن يسأل نفسه باستمرار ما يلي:

«كيف أكون موجهاً ومقتحماً ومؤازراً عندما أحاول ضبط سلوك الطلاب؟»

الإجراءات العلاجية للسلوك الظاهري



وقد اقترح لونج ونيومان (Long & Newman, 1976) أربعة أساليب للتدخل تمثل خيارات متصلة تتدرج من الأقل صراحة أو وضوحاً إلى الأكثر اقتحاماً وتشمل ما يلي: الإجازة، التحمل، الوقاية، التدخل. (السرطاوي والشخصي، 1999).

1ـ الإجازة والسماح (Permitting):

في بعض الأوقات يسمح المعلم حدوث سلوكاً ما وغالباً ما يقوم المعلمون أو الوالدان أو غيرهم بإبلاغ الأطفال أو تحذيرهم للكف عن ممارسة السلوكيات غير المرغوبة خاصة بعد أن يكونوا قد مارسوها بالفعل. إلا أنه يجب أن نكون واضحين عند إبلاغهم بالسلوكيات التي لا يجوز لهم ممارستها فقد يتم إبلاغ الطلاب مثلاً «أنه يجوز لهم الجري واللعب في فناء المدرسة خلال الفسحة» ويؤدي مثل هذا التحديد الواضح للسلوكيات المسموح بها أو غير المسموح بها إلى الإقلال من حاجة الطلاب لممارسة بعض السلوكيات على سبيل التجريب لمعرفة رد فعل الكبار لذلك أو انتظار ما يترتب عليها إن وضع

التوقعات والضوابط الواضحة لكل من المعايير الأكاديمية والسلوكية ومختلف الإجراءات داخل غرفة الدراسة. فالطلاب المضطربون سلوكياً ممن يفتقرون إلى القدرة على ضبط النفس والتوجيه الذاتي يمكن مساعدتهم على ذلك من خلال وضع قواعد وتوقعات واضحة بالإضافة إلى روتين غرفة المدرسة. (بقلة، إدريس، 1990).

2ـ التحمل (Tolerating):

هناك إمكانية تحمل السلوك غير العادي إذا كان يعكس نمو الطالب أو عرضاً للاضطرابات الشخصية أو الأخلاقية ومثال ذلك السلوك مص الإصبع لدى طفل العاشرة غير الناضج الذي يعاني من القلق أو التدخين من قبل مراهق يبلغ من العمر 14 عاماً يعاني من الاضطرابات الأخلاقية ورغم أن المسؤولين عن رعاية الأطفال والمراهقين لا يقرون مثل هذه السلوكيات إلا أنه يصعب التخلص منها نهائياً بل وقد تمثل مشكلة كبيرة في العلاج وبالتالي قد يلجأ المعلم إلى تجاهل ذلك السلوك غير المقبول نظراً لفهم الظروف المعقدة المرتبطة به.

3ـ الوقاية (Prevention):

هنا تأتي محاولة منع حدوث السلوك بدلاً من بذل المزيد من الجهد بطرق قد تفيد أو لا تفيد يأتي هنا إعداد بيئة علاجية تراعي الخصائص (التنظيم، وترتيب الأوضاع المادية، والاتساق، ودعم القواعد والروتين) من شأنها توفير المناخ الملائم الذي يحول دون حدوث السلوك غير المرغوب. وبالإضافة إلى ذلك فإن استخدام الطرق المناسبة للتعامل مع الطلاب في غرفة الدراسة بما

يتـيح لهـم فرصـة الاشـتراك في الأنشـطة التعليميـة مـن شـأنه الحـد مـن صراعـات الطـلاب ومشاحناتهم مع بعضهم البعض كما أن الاستثمار الجيد لوقـت الـتعلم يسـاعد في الوقايـة مـن حدوث المشكلات السلوكية.

ومن السلوكيات المهمة للمعلم في هـذا الصـدد مـا أطلـق عليـه كـونين «**التركيـز معـه**» with-itnwss ويشير إلى درجة اهتمام المعلم بطالب معين في المجموعـة وتوصـيل هـذا الشـعور بالاهتمام إليه سواء لفظياً أو غير لفظي وهناك أيضاً سلوك المعلم الذي يطلق عليه «**التـداخل**» overlapping ويشير إلى تركيز الانتباه على أكـثر مـن نشـاط أو قضـية في وقـت واحـد وهنـا قـد يحاول المعلم متابعة بعض الطلاب أثناء انشغالهم بالعمل وفي نفس الوقت يعطي تعلـيمات أو إرشادات إلى طالب آخـر فـيما يعطـي إشـارة إلى أحـد الطـلاب كي يعـود إلى الانشـغال بالعمـل الموكل إليه. (قطامي، يوسف، 1989).

هنا النقطة رقم (2) وهي التحمل حيث يستطيع المعلمون الفـاعلون دفـع طلابهـم إلى تحمل المسؤولية حيث يقومون بعرض نتائج أعمالهم على المعلم أثنـاء تجوالـه بيـنهم لمراجعـة أدائهم فيما يقومون به من أعمال كما أن إثارة التحدي والتكـافؤ يزيـد مـن اشـتراك الطـلاب في العمل خاصة في الأوقات الانتقالية فقد يقدم المعلم لأحـد الأنشـطة بقولـه «إن التمـرين التـالي يعد مختلفاً عن الأشياء التي سـبق القيـام بهـا» وفي النهايـة إن الانشـغال بالعمـل أو التسـميع والتحدي تعد أكثر فاعلية في تحسين سلوك الطالب عندما يتم تخطيط الأنشـطة بصـورة جيـدة ويتم مواجهة المراحل الانتقالية بسهولة ويسر. (بلندنجد، جاك، وآخرون، 2000).

4ـ التدخل (Interfering):

حيث يصعب تحمل سلوكيات بعض الطلاب أو إجازة حدوثها أو الوقاية منها هنا يضطر المعلم إلى التدخل لمواجهتها «كمضادات علاجية للسلوك الظاهري» ويقصد بذلك منع حدوث السلوك المدمر بطرق بسيطة نسبياً ومباشرة دون الانخراط في أساليب السلوك إلى الآخرين كما تحول دون تدهور حالة الفرد الذي يعاني من السلوك غير العادي.

5ـ التجاهل (Planned Ignoring):

يعد التجاهل المخطط أحد تلك الفنيات وهو يماثل الانطفاء وبناء على الخبرة السابقة مع الطلاب فقد يقرر المعلم عدم توجيه الانتباه إلى السلوك الذي يهدف إلى إثارة جذب الانتباه إلى الطالب ومن ثم يمكن أن ينتهي أو يتوقف عندما يتم تجاهله ففي كثير من الأحيان قد يكون من غير الضروري التدخل المباشر مع كل مشكلة سلوكية عابرة أو مؤقتة فقد يؤدي الانتباه إلى السلوك تعزيزه بكل بساطة فضلاً عن أن تحدي المشكلات السلوكية البسيطة قد تؤدي إلى معركة قوية بين المعلم والطالب لا يكسبها ولا يستفيد من أي منهما. (بلندنجد، جاك، وآخرون، 2000).

6ـ التدخل بالإشارة (Signal Interference):

هذه الطريقة غير واضحة للتواصل غير اللفظي مع الطلاب حول سلوكياتهم ويشمل ذلك التركيز بالنظر، والإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركة الفم... الخ.

7ـ ضبط التقارب (Proximity Control):

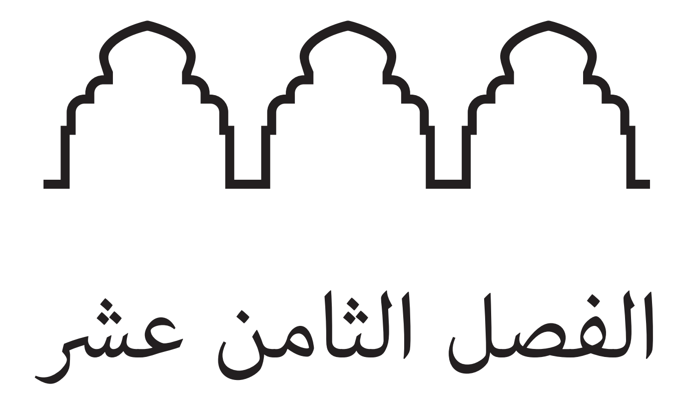
التحرك قريباً من الطالب يستفيد من الدعم من خلال قرب المعلم منه أو من يحتاج سلوكه إلى تدخل مباشر من المعلم.

8ـ ضبط اللمس (Touch Control):

إن اللمس أو الربت الخفيف على الكتف مثلاً من وقت لآخر يمكن أن يهدئ الطالب ويعيده إلى الانشغال بالعمل ومع ذلك يجب أن يأخذ المعلم في اعتباره أولئك الطلاب وتلك المواقف التي قد يفقد فيها التقارب واللمس فاعليتهما فقد تكون لدى بعض الطلاب حساسية خاصة حيال اللمس وبالتالي ربما يؤدي ذلك إلى نتائج عكسية وهناك البعض الآخر من الطلاب يشعرون بالتوتر والضغط عندما يقترب أحد منهم لذلك يجب أن يكون المعلم حذراً عند استخدام هذه الفنيات وأن يأخذ في اعتبارهما يبديه الطلاب من ردود أفعال سواء لفظية أو غير لفظية حيال التعامل الحسي أو البدني كما يجب أن يكون يقظاً للمواقف التي يفضل عدم استخدام هذه الفنيات فيها.

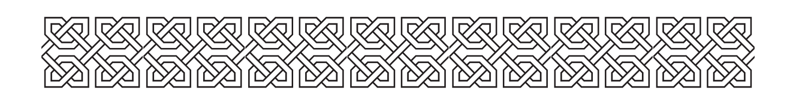


الفصل السابع عشر



الفصل الثامن عشر

استخدام الحاسوب في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة



الفصل الثامن عشر

استخدام الحاسوب في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

المقدمة:

فئة ذوي الاحتياجات الخاصة لها نصيبها من التطور التكنولوجي الذي لا يقل أثره بالنسبة لهذه الفئة عن التطور التربوي الذي شمل كل فئات المجتمع وذلك من خلال وسائله وأساليبه وأهدافه وتقنياته الحديثة والمتنوعة، فلا يغيب عن عين أحد منا تلك الإسهامات التكنولوجية والتي تخص ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل مباشر أو غير مباشر حيث شملت تلك الإسهامات وظائف علاجية وأخرى تربوية وتقنيات وبرامج تساعدهم على الاستقلالية والإنتاج والاعتماد على النفس، فها نحن نلمس أثرها على المعاقين حركياً في التسهيل عليهم عملية الحركة والتنقل كما ويستخدمونها في كل من عمليات التعلم المختلفة، كما ويظهر أثرها واضحاً على المعاقين بصرياً حيث أصبح بإمكانهم القراءة والطباعة والتنقل معتمدين على أنفسهم، كما أنها لم تستثن المعاقين سمعياً من حيث تطوير قدراتهم التواصلية واللغوية والسمعية وغيرها.

من هنا فإنه يجب على أخصائي التربية الخاصة ومعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة الإلمام بالتقنيات التي تساعد في تعليم ذوي الاحتياجات

الخاصة حتى يتمكنوا من تدريبهم على استخدامها والإفادة منها، ولذلك يجب أن تكون هناك برامج منظمة ومخطط لها بشكل جيد تعمل على تدريب هؤلاء المعلمين والأخصائيين على كل ما هو مستجد بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة.

السباق نحو التكنولوجيا:

إن التكنولوجيا عامل تغيير يحفزنا على إعادة تعريف الوقت والمكان فلم يعد التلفاز مصدر اهتمام صغار السن حيث فتح المجال للإنترنت وألعاب الفيديو والحواسيب وغيرها فبعد أن أصبحت التكنولوجيا شيئاً عادياً كيف يمكن مواكبة هذا التطور؟ إن التنبؤ بتقدم القوة الحاسوبية هي إحدى القوى التي سيكون لها السيطرة على المستقبل هذا وقد تميز عصر المعلوماتية بثلاث ميزات مهمة لها علاقة في التعليم: تحول ديموغرافي وتسارع التكنولوجيا، وقاعدة للبيانات المتوافرة للبحث والتمحيص والاختيار.

هذا وتبين التقديرات أن المعلومات في جميع أنحاء العالم تتضاعف كل 900 يوم لذا أثناء الوقت الذي يتقدم فيه طالب في الصف الأول ضمن نظام التعليم التقليدي ويستعد للتخرج من المدرسة تكون قاعدة المعلومات قد تضاعفت أربع مرات.

في هذا العصر وهو عصر التكنولوجيا ستكون المصادر ذات القيمة هي العقل والحياة، فالعقل كمصدر للقيم لا يتطلب أن يكون الناس مثقفين فقط بل مؤهلين وبارعين ومفكرين مبدعين أيضاً فيجب أن يكون الناس مستقلين ومتعلمين دائمين ومستمرين في التحديث على مواهبهم وخبراتهم ومعرفتهم.

هذا ويجب أن يستفيد الجميع على اختلاف مستوياتهم العمرية والفكرية من هذا التطور التكنولوجي ولعل الطلبة معنيون بهذا التطور وبما أن المعلمين مسؤولون عن العملية التربوية فينبغي إعدادهم بشكل جيد ليعملوا على تدريب الطلبة ليكونوا قادرين على التعامل مع التكنولوجيا والإفادة منها. (Bitter, & Pievson, 2007).

مزايا استخدام الحاسوب في العملية التعلمية:

تتعدد مزايا استخدام الحاسوب في تعليم الطلبة ولعل من أهمها:

1ـ تنمية مهارات الطلاب لتحقيق الأهداف التعليمية.

2ــ تنمية اتجاهات الطلاب الإيجابية تجاه الموارد التي يرونها صعبة ومعقدة كالرياضيات.

3ـ المساعدة على التعلم المستقل وتفريد التعليم.

4ـ يوفر الكثير من المعلومات كما ويقوم بالعديد من العمليات.

5ـ تحسين عملية التعليم وزيادة كفاءتها.

6ـ يوفر للمتعلم إمكانية التعلم أثناء وجوده في المنزل.

7ـ تعمل على مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب.

8ـ توفر عنصر الإثارة والتشويق وتقليل نسب الملل بين الطلاب.

9ـ يوفر العديد من الأنشطة المختلفة والبرامج المتنوعة التي تساعد على اكتساب معلومات خارج المادة الدراسية.

10ـ استخدام الحاسوب في أعمال المكتبات وفي إجراء البحوث والدراسات العلمية. (سلامة، 1999)، (الموسى، 2005)، (الحموي، 2001).

الحاسوب لذوي الاحتياجات الخاصة:

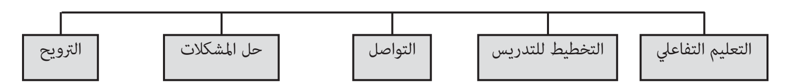
تعتبر التكنولوجيا وما تقدمه من وسائط تعلم إلكترونية من الأدوات التي يمكن توظيفها لدعم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة حيث توفر لهم هذه التكنولوجيا المناهج التعليمية المناسبة كما ويعد التعلم من خلال الحاسوب من أكثر مجالات استخدام الحاسوب في المجال ا لتربوي حيث يتم استخدامه في نقل التعلم مباشرة إلى المتعلمين عن طريق برامج معدة يتفاعل معها المتعلمون للحصول على التعليم المطلوب، هذا ويلعب الحاسوب دور كبير في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة فعلى سبيل المثال يعتمد الطفل الأصم على طريقة التخاطب بواسطة لغة الحركات المعروفة والتي تم استخدامها باللغة الإنجليزية ثم ترجمت إلى عدة لغات منها اللغة العربية ولعل من أبرز التعديلات على أجهزة وبرامج الحاسوب حتى تكون ملائمة لذوي الاحتياجات الخاصة ما يُعرف بأجهزة الإدخال البديلة، حيث عمل الأخصائيون على تعديل أجهزة الإدخال لتتلاءم مع ذوي الاحتياجات الخاصة فعلى سبيل المثال: يستخدم بدلاً من الفأرة الاعتيادية ما يعرف بكرة المسار وهي عبارة عن فأرة مقلوبة يقوم المتعلم بتدوير الكرة مباشرة بالأصبع ويمكن أن تستخدم الكرة بأحجام أكبر مما يسهل عملية التحكم بها، وعصا التحكم والتي تمكن المتعلم من التحكم بها من خلال فمه أو أي عضو من جسمه إذا كان غير قادر على استخدام يده ولوحة اللمس وغيرها وكذلك تستخدم لوحة المفاتيح المعدلة بدلاً من لوحة المفاتيح الاعتيادية وذلك لتتناسب هذه الأجهزة مع احتياجات الأفراد المعاقين سواء كانت تلك الاحتياجات بصرية أو حركية أو سمعية. (الجزار، والسويدان، 2007).

تطبيقات الحاسوب في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة:

لقد استخدم الحاسوب لأغراض التدريس في ميدان التربية الخاصة بأربع طرق أساسية هي:

- التخطيط للتدريس: وذلك من خلال تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج التربوية الفردية للطلبة.
- تنفيذ التدريس وذلك من خلال تطوير برامج خاصة.
- مساندة التدريس: إذ سمح الحاسوب بتوفير برامج للقراءة للطلبة المكفوفين والطلبة ذوي العسر الشديد.
- إعادة تعريف مفاهيم التدريس التقليدية: قد وفر الحاسوب إمكانيات هائلة لتغيير طبيعة العلاقة بين المعلم والمتعلم إذ أصبح المعلم مقدم للمعلومات والطالب مستقبل لها. (الخطيب، 2008، ص262).

تعمل التكنولوجيا على تطوير مهارات الطلبة وأدائهم في كل من المدرسة والمجتمع مما يساعد على إنجاح برامج دمجهم وتعليمهم في المدارس العادية وذلك يتحقق من خلال التركيز على التطبيقات التالية:



1ـ التعليم التفاعلي.

2ـ التخطيط للتدريس.

3ـ التواصل.

4ـ حل المشكلات.

5ـ الترويح.

فوائد الحاسوب لطلبة التربية الخاصة والمعلمين:

1ـ تدعم برامج الحاسوب التعلم السابق وبالتالي تعمل على تعزيز ثقتهم بأنفسهم وتقوي شعورهم بالكفاءة.

2ـ تساعد برامج الحاسوب الطلبة على إتقان مهارات جديدة.

3ـ يستخدم الحاسوب لتعزيز الجهود التعليمية التي يبذلها الطالب بنفسه كالألعاب المحوسبة التي تعتبر نوع من المعززات.

4ـ يعمل الحاسوب على استثارة دافعية الطالب وتنمية المهارات الحركية لديه.

5ـ إن الطلبة الذين يفتقرون لاستخدام مهارات الحاسوب يُعتبرون الأقل حظاً في الحصول على عمل واكتساب المعرفة والقدرة على العيش في المجتمع التقني المعاصر.

6ـ يشكل الحاسوب مصدر فعال للتعليم بالنسبة للمعلم، إذ بإمكان المعلمين إعداد برامج تلبية الحاجات الفردية للطلبة وذلك من خلال فهم المعلم للغات البرمجة.

7ـ ومن خلال معرفة المعلم طرق استخدام الحاسوب وبرمجته يكتشف طرق تعليمية مثيرة للاهتمام.

8ـ إن استخدام الحاسوب بشكل جيد يقلل من النفقات للنظام التعليمي إذ لا يحتاج المعلم إلى مساعد في العملية التربوية.

9ـ يقوم الحاسوب بجملة من الأنشطة المتصلة بالبرامج التربوية الفردية بدلاً من المعلم وذلك يوفر الوقت الكافي للمعلم لتخطيط البرامج وتنفيذها. (الخطيب، 2008).

يرى (Kinsley & Langone, 1995) أنه يمكن الإفادة من استخدام الحاسوب في التربية الخاصة المبكرة من خلال محورين هما:

- استخدام الألعاب المكيفة من أجل استثارة دافعية الطفل.
- تعمل برامج الحاسوب على تطوير النمو العقلي واللغوي والاجتماعي والحركي للأطفال المعاقين.

التدريس بمساعدة الحاسوب:

لقد كان يستخدم الحاسوب لتدريس المهارات البسيطة هذا وقد استفادت التربية الخاصة من برمجيات الحاسوب في تطوير المهارات مثل التدريس المباشر وتدريس الرفاق والتعلم التعاوني إذ يعمل التدريس باستخدام الحاسوب على تقديم علاج فردي مكثف للطلاب المعاقين دون أن يتطلب الكثير من المعلمين من حيث التدريب والوقت، هذا وقد اعتقد الباحثون في التربية الخاصة أن في التكنولوجيا طريقة ناجحة لحل أكبر مشكلة عملية وتربوية وهي التدريس الفردي الفعلي الذي يعالج مواطن الضعف لدى الطالب، وكما يشير الخطيب (2008) فإن هناك قضيتان تحدان من استخدام الممارسين في ميدان التربية لخاصة للحاسوب والأدوات التقنية الأخرى على نطاق واسع هما:

- أن تكنولوجيا التربية الخاصة نـادراً مـا تتعـدى مرحلـة البحـث عـلى الـرغم مـن ثبـات فاعليتها في المرحلة التجريبية.
- إن الجهود المستندة على التكنولوجيا والتي يجب تدريب المعلمـين عليهـا تتعـارض مـع طبيعة التربية الخاصة. (الزريقات، 2006).

فوائد استخدام الفيديو في صفوف التربية الخاصة:

يرى (Salend, 1995) أن للفيديو فوائد متعددة مع ذوي الاحتياجات الخاصة ولعـل مـن أهمها:

1ـ تحضير الطلبة المعاقين للالتحاق بالصفوف العادية عند تنفيذ برامج الدعم.

2ـ تعليم الطلبة المعاقين مهارات متنوعة.

3ـ تعديل سلوك الطلبة من خلال استخدام الفيـديو كـأداة للتعزيـز أو لتوضـيح قواعـد السلوك الصفي أو التعلم بالنمذجة.

4ـ التواصل مع أولياء الأمور أو تدريبهم أو إطلاعهـم عـلى الـبرامج المدرسـية. (الخطيـب، 2008).

الإعاقة البصرية [الطلبة ضعاف البصر أو الذين فقدوا البصر]:

إن للتكنولوجيا إسهاماتها الواضحة في مجال الإعاقة البصرية إذ عملت على تسهيل عملية القراءة والكتابة من خلال البرامج الناطقة والسطر الإلكتروني وغيرها كما ساهمت بشكل كبير في استقلالية المعاقين بصرياً سواء

في عملية التعليم أو في الحياة اليومية إذ أن هناك شاشات مصممة للطلبة الذين لديهم ضعف بصري بحيث يظهر الخط بشكل كبير على الشاشة يمكن الطلبة من قراءة ثلاثة خطوط من على الشاشة في نفس الوقت ومعظم أجهزة الحاسوب تأتي بخيار يمكن المستخدم من التبديل بين خط أسود وخلفية بيضاء أو غيره. وهذه المزايا يمكن أن تحسن من القدرة البعدية ومن أهم الوسائل التقنية التي تستخدم مع المعاقين بصرياً:

أجهزة الإدخال البديلة والتي من أهمها:

- أجهزة وبرامج التعامل والتمييز الصوتي (Voice Recogntion) التي تعتمد على الصوت لإدخال وإملاء المعلومات على الحاسوب.
- أجهزة وبرامج التعامل اللمسي، مثل لوحة المفاتيح التي تحتوي على تسعة مفاتيح منها ستة مخصصة لإدخال حروف برايل.

برمجيات الإخراج البديلة والتي من أهمها:

- أجهزة وبرامج التعلم/التعامل السمعي، ومنها قارئات الشاشة والمتصفحات الصوتية المخصصة لمستخدمي الإنترنت من المعاقين بصرياً.
- أجهزة وبرامج/ التعامل/التعلم اللمسي، ومنها طابعات برايل والسطر الإلكتروني وغيرها.

(الجزار، والسويدان، 2007).

أمثلة على البرامج الحاسوبية المستخدمة في الإعاقة البصرية:

- **برامج قارئة الشاشة:** تعتبر هذه البرامج واسعة الانتشار بين المكفوفين إذ تقوم هذه البرامج عادة بتحويل النص والصورة المعروضة على شاشة الحاسوب إلى

مخرجات صوتية وبذلك فإنها ساعدت الكفيف على الدخول إلى عالم الحاسوب وإلى شبكة الإنترنت ومن الأمثلة على هذه البرامج ما يلي:

1ـ برنامج جوز (JAWS): يعمل هذا البرنامج على تحويل ما هو مكتوب على الشاشة إلى صوت يقوم بنطق كل ما يشير له مؤشر الحاسوب كما ويمكن لمستخدم هذا البرنامج أن يقوم من خلاله بتحويل كل ما هو على الحاسوب إلى طريقة برايل من خلال السطر الإلكتروني.

2ـ برنامج هال العربي: وهو برنامج قارئ الشاشة أسهمت في إنتاجه مجموعة من الشركات وقد تم تطوير برنامج هال ليعمل كقارئ للشاشة سواء باستخدام آلية نطق النص أو بتحويل النص إلى برايل مقروء على السطر الإلكتروني لمساعدة المكفوفين وغيرهم من ضعاف البصر على متابعة مسيرتهم العلمية ومزاولة مهامهم الوظيفية ومزاولة مختلف الأنشطة الحياتية بكفاءة وفاعلية واستقلالية أكبر، حيث ظهرت النسخة الأولى منه عام (2001) وله العديد من الإصدارات ويتميز هذا البرنامج بسهولة ويسرـ استعماله فهو يساعد الشخص الكفيف أو ضعيف البصرـ على استخدام جهاز الحاسوب بسهولة كبيرة. (الزريقات، 2006)، (العجلوني، 2006).

3ـ برنامج إبصار: قامت شركة صخر للبرمجيات بإنتاج هذا البرنامج الذي يقوم بقراءة النصوص آلياً وذلك من خلال صوت يشبه صوت الإنسان الطبيعي.

4ـ برنامج سوبر نوفا (Supernova): وهو برنامج قارئ ومكبر للشاشة وهو يقدم مجموعة من الحلول المتعلقة بقراءة الشاشة لضعاف البصر وفاقديه. (القحطاني، 2008).

مميزات البرامج الناطقة:

ولعل من أهم مميزات البرامج الناطقة ما يلي:

- قراءة شاملة للقوائم والخيارات والنصوص.
- سهولة الاستخدام.
- التحويل الآلي بين العربية والإنجليزية.
- توفير خيار برايل إلى جانب النطق.
- يمكن المستخدم من الإبحار في شبكة الإنترنت.
- قراءة الأقراص المدمجة.
- التوافق التقني مع نظام التشغيل ويندوز.
- العمل على الشبكات الداخلية.
- التطوير السريع وإمكانية التحديث السهل من خلال الإنترنت.
- تعدد اللغات المتاحة.
- تنوع الأصوات. (القحطاني، 2008).

استخدامات التكنولوجيا في مدارس الدمج للمعاقين بصرياً:

ومن خلال دراستي لموضوع الدمج للمعاقين بصرياً ولأشكال التكنولوجيا التي يمكنهم الاستفادة منها في عملية تعلمهم فإنه ينبغي على المدارس التي تعمل على تطبيق عملية الدمج للمعاقين بصرياً إدارة ومعلمين القيام بما يلي:

- تخصيص جزء من مختبر الحاسوب في المدرسة للمعاقين بصرياً حيث تكون هذه الحواسيب مزودة بالبرامج الناطقة المناسبة وذلك لإتاحة

الفرصة للمعاقين بصرياً للاستفادة من خدمات مختبر الحاسوب أسوة بغيرهم من الطلبة المبصرين وذلك من خلال قيامهم بأبحاثهم المطلوبة والدخول إلى المواقع الإلكترونية المختلفة وتصفح شبكة المعلومات (الإنترنت) بسهولة ويسر.

- قيام المعلم في غرفة الصف بإرفاق الشرح الصوتي المسموع للمعلومات التي يقوم بعرضها على شاشة الحاسوب أو على شاشة العرض وذلك لتمكين الطلبة المكفوفين من معرفة ما يتم عرضه والحصول على جميع المعلومات التي يحصل عليها غيرهم من الطلبة المبصرين.
- إتاحة الفرصة للطلبة المعاقين بصرياً لتدوين المعلومات التي يشرحها المعلم في غرفة الصف وذلك من خلال استخدام الحاسوب المزود بالبرنامج الناطق أو السطر الإلكتروني.
- إتاحة الفرصة للطلبة المعاقين بصرياً من الإجابة على أسئلة الاختبارات المدرسية بأنفسهم وذلك من خلال طباعة الإجابات باستخدام حاسوب المدرسة المزود بالبرنامج الناطق، إذ يعمل المعلم على تخزين الأسئلة على الحاسوب فيقوم الطالب بقراءتها والإجابة عليها بنفسه دون الحاجة لشخص آخر يقوم بالكتابة عنه فيضمن بذلك حقه كغيره من الطلبة. (عيادات، يوسف، 2004).

الإعاقة السمعية:

إذ لم يستثن التطور التقني المعاقين سمعياً ولو أنها كانت متأخرة بعض الشيء نظراً لتأثير الصمم على اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومن الأجهزة

والأدوات التكنولوجية الخاصة لمساعدة الأفراد الصم وضعاف السمع على العيش المستقل والأمن:

- الاتصال عن بعد: إذ تقوم هذه الأدوات بطباعة المكالمات الهاتفية للأصم ليتمكن من قراءتها.
- الأدوات المنبهة أو الإشارية: وهذه الأدوات تصدر إشارات ضوئية أو لمسية تشبك الأدوات المنتجة للصوت وتستخدم هذه الأدوات لتنبيه الشخص الأصم إلى صوت جرس باب البيت أو صوت سماعة الهاتف.
- يستخدم الحاسوب في تدريب الأفراد الصم على النطق وتعليمهم الرياضيات والقراءة والمفاهيم.

فوائد الحاسوب بالنسبة للمعاقين سمعياً:

1ـ يستخدم الحاسوب في تقديم الخدمات العلاجية في السمعيات والكلام حيث أن ما يعرض على شاشة الحاسوب من الممكن أن يكون فعالاً في تعديل الكلام بطريقة موضوعية يسهل تقييمها وقياسها.

2ـ يستخدم الحاسوب كأداة رئيسية في التعليم والخدمات العلاجية والأبحاث المتعلقة بالاضطرابات التواصلية حيث تستخدم الحواسيب في تقييم بيانات المريض وفي حذفها واسترجاعها والإفادة في معلومات عن تاريخ الحالة وفي نتائج الفحوص السمعية للبالغين ولتوضيح أسباب فقدان السمع لفرد معين وتقديم خطط علاجية من خلال عرض تصويري على شاشة الحاسوب.

3ــ يستخدم الحاسوب لتقييم تطور اللغة وذلك أن العملية التقييمية

خلال هذا النظام تكون أكثر ثباتاً وتنظيماً من تلك التي يقوم بها المدرس كما أن هذا النظام مرن في تلبية حاجات التقييم الصفية.

4ـ يوفر هذا النظام بنية عملية يستطيع المدرسون من خلالها العمل معاً في تطوير استراتيجيات تقنية مناسبة وتنفيذها.

5ـ أفادت العديد من الدراسات فاعلية استخدام الحاسوب من خلال لغة لوغو في تعليم القراءة والرياضيات والبرمجة للطلبة الصم. (Lindsy, 2002).

استخدامات التكنولوجيا في مدارس الدمج للمعاقين سمعياً:

- تعمل المدرسة على توفير البرامج التي من شأنها تحسين المهارات التواصلية للطلبة الصم في مختبر الحاسوب.
- تدريب معلمي التربية الخاصة وأخصائي النطق في المدرسة على كيفية استخدام مثل تلك البرامج من أجل العمل على توظيفها للطلبة الصم وتدريبهم على كيفية التعامل معها.
- أن يقوم المعلم في غرفة الصف بإرفاق شرحه بالصور والرسومات التوضيحية من خلال جهاز الحاسوب والتقنيات الأخرى.
- العمل على تدريب الطلبة الصم على التواصل مع غيرهم من الطلبة عبر الحاسوب والبريد الإلكتروني.
- إن العمل على توفير البرامج التي من شأنها تحقيق الفائدة للطلبة الصم في المدرسة يزيل الحواجز من أمام الطلبة غير الصم على التعامل والتواصل معهم.

- أن توفر المدرسة المنبهة والإشارية التي يعرف الطالب الأصم من خلالها نهاية الحصة أو بدايتها ووقت الاستراحة وغيرها.
- تدريب الطلبة الصم على البرامج الحاسوبية التي تساعد على الرسم وذلك لتمكينهم من التعبير عن أنفسهم وإخراج ما بداخلهم من خلال رسوماتهم.

الإعاقات الجسمية:

تساعد التكنولوجيا ذوي الإعاقات الجسمية على تخطي القيود التي تفرضها الإعاقة عليهم كذلك فهي تهدف إلى تحسين مهاراتهم التواصلية والأكاديمية ولتحقيق هذه الأهداف يتم إجراء تعديلات خاصة على الأجهزة التكنولوجية أو شبك نظم اتصال خاصة أو أدوات تأشير خاصة ومفاتيح تشغيل معدلة.

تُصنف الأدوات التي تعمل على تحسين مهارات الطلبة ذوي الإعاقات الجسمية كما يرى كارترايت (Kartwright, 1989) إلى أربع فئات هي:

- الفئة الأولى: وتشمل أدوات غير إلكترونية، وتمثل التكنولوجيا الأولية غير المتطورة ومن الأمثلة عليها نظام بلسّ للتواصل.
- الفئة الثانية: وتشمل الأدوات الإلكترونية التي لا تنتج الأصوات ولا تقدم مواد مكتوبة ومن الأمثلة عليها الإضاءة المتحركة التي تستخدم لمسح مجموعة من الأشياء مثل الصور أو الكلمات أو الرموز.

- الفئة الثالثة: وتشمل أدوات تكنولوجية متطورة تقدم نواتج مكتوبة أو مقروءة.
- الفئة الرابعة: وتتمثل في الأدوات التكنولوجية المتطورة قابلة للبرمجة مثل الأدوات الناطقة باللمس أو بالإضاءة. (الخطيب، 2008)، (السرطاوي، 2005).

استخدامات التكنولوجيا في مدارس الدمج للمعاقين جسمياً:

يجب على المدارس التي تطبق عملية الدمج للمعاقين حركياً أن تعمل من خلال إدارتها ومعلميها على متابعة كل ما هو جديد بخصوص التكنولوجيا التي تعمل على مساعدة المعاقين حركياً على التعلم وتوفر لهم نوعاً من الاستقلالية ولعل من بعض الإجراءات التي يمكن للمدرسة أن تطبقها بخصوص ذلك ما يلي:

- أن تقوم المدرسة بتوفير أدوات الإدخال والإخراج الحاسوبية البديلة للمعاقين حركياً، كالفأرة المقلوبة أو عصا التحكم التي يمكنهم استخدامها من خلال الفم مثلاً وتوفير البرامج التي تساعد على إدخال المعلومات من خلال النطق بها فقط.
- أن تخصص المدرسة للمعاقين حركياً الحواسيب المحمولة حيث يسهل حملها ونقلها إلى أماكن تواجد المعاقين حركياً.
- أن يتيح المعلم للطالب المعاق حركياً الفرصة لكي يجلس في المكان الذي يمكنه من رؤية ما يتم عرضه في غرفة الصف على شاشة الحاسوب أو شاشة العرض بوضوح. (السرطاوي، 2005).

الإعاقات العقلية والسلوكية والتعليمية:

لم تحظ كل من الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية والانفعالية بالنصيب الكافي من التطور التقني كغيرها من الإعاقات الحسية والجسمية الأخرى وبشكل عام استُخدم كل من الحاسوب والأدوات التكنولوجية الأخرى في تطوير البرامج التربوية الفردية وتنفيذها ومراعاة الأنماط التعليمية وإتاحة الفرص للتمرين والممارسة في مجالات تعلم القراءة والحساب والكتابة. (الخطيب، 2008، ص272).

استخدام الحاسوب مع الطلبة الموهوبين:

تشكل فئة الموهوبين مجموعة فريدة تحتاج كثيراً من النشاط الفكري هذا إلى جانب خصوصياتهم في الحاجات والاهتمامات وعلى الرغم من ذلك فإن البرمجيات عادة تكون غير مصممة خصيصاً لهذه الفئة ونتيجة لذلك فمن المهم أن نبين المقومات الأساسية لتقييم البرمجيات للأفراد الموهوبين علماً أن ذلك ليس سهلاً وذلك لوجود تباين في قدراتهم واهتماماتهم وبالتالي لا تنطبق هذه المقومات الأساسية على كل موهوب وتشمل هذه المقومات ما يلي:

- المرونة: إذ تلبي الجوانب المختلفة لاهتمامات الطلبة في مجال محدد أو عدة مجالات.
- القابلية للتعديل: وهي إمكانية تغيير المحتوى أو طريقة العمل للبرمجيات وتحديد حجم السيطرة بيد المستخدم.

- القابلية للتوسع: إذ يمكن تطوير هذه البرمجيات لاستكشاف موضوع واحد أو أكثر.
- مدى الاستجابة: يتيح الحاسوب طرق مختلفة لتغيير ترتيب خطوات العمل وسرعته. (Lindsey, 2002).

فوائد استخدام الحاسوب مع الطلبة الموهوبين:

1ـ يعمل الحاسوب على تنمية مهارات التفكير الضرورية للمشاريع المعقدة.

2ـ يشجع الحاسوب على الإبداع ويزيد من القدرة على اكتساب المعلومات بقدرة مدهشة. (Lindsey, 2002).

3ـ يتعلم الطلبة الموهوبون من خلال الحاسوب وشبكة الإنترنت أساليب البحث التي توصلهم إلى المعلومات التي يحتاجون الوصول إليها.

4ـ يوفر الحاسوب من خلال إيصاله بشبكة الإنترنت أو من خلال الوحدات التخزينية المختلفة كميات ضخمة من المراجع التي يمكن للطلبة الموهوبين الرجوع إليها لاستخراج البيانات التي تهمهم والتي تساعد في إثراء ما لديهم من معلومات.

5ـ يمكن للطلبة الموهوبين أن يتواصلوا عبر الحاسوب وشبكة الإنترنت مع الأشخاص الذين يمكن لهم أن يساعدوهم في تطوير مهاراتهم.

مجالات استخدام الحاسوب مع الموهوبين:

يمكن للطلبة الموهوبين استخدام الحاسوب في مجالات متعددة ومن أبرز هذه المجالات ما يلي:

- التمـرين والتـدريب: تسـاعد مثـل هـذه البرمجيـات الطلبـة الموهـوبين عـلى مراجعـة المعلومات القديمة أو إدخال معلومات جديدة كما وتساعد على التعلم المستقل، وهذه التطبيقات يجب أن تكون قابلة للتعديل من حيث المحتوى والسياق التعليمي.
- حل المشكلات: تقدم هذه البرمجيات للمستخدم مجموعة من الطـرق لحـل المشـكلات أو حتى لإيجاد مشكلات في بيئة معينة.
- المحاكـاة: تـوفر بـرامج المحاكـاة مجـالات معينـة للمسـتخدم ليطبـق معرفتـه ويختـبر فرضياته كقيادة الطائرات وإدارة المفاعلات النووية التي يصـعب اسـتخدامها عـلى أرض الواقـع، ولعـل مـن أهـم فوائـد برمجيـات المحاكـاة بالنسـبة للطلبـة الموهـوبين أنهـا تساعدهم على الاستكشاف بعمق، وتشجعهم على التعلم التعاوني كما أنها تعزز لـديهم اكتساب الخبرة العمليـة المبـاشرة فضـلاً عـن أنهـا تعمـل عـلى تنميـة مهـارات التفكـير والإبداع لديهم.
- الألعاب: يغفل الكثير عن القيمة الحقيقية للألعاب، فلا يصح النظر للألعـاب عـلى أنهـا مجرد تسلية ومضيعة للوقت بل أن هناك العديد من الفوائد التي تحققها الألعاب مـن خلال الحاسوب ولعل من أهمها:
- الألعاب الخيالية: وتعمل على تنمية الخيال لدى الطلبة والذي يكون طريق للإبداع.
- المعلومات: إذ يكتسب الأطفال من خلال الكثير من الألعاب الهادفة معلومات متعددة يسهل عليهم فهمها من خلال تلك الألعاب.

- المتعة: إذ أن الأطفال يستمتعون بالألعاب أكثر من أي شيء آخر وبالتالي يمكن أن تكون هذه الألعاب ممتعة وبنفس الوقت مصدر للمعلومات.
- يمكن أن يتطور لدى الطلبة الموهوبين من خلال الألعاب كل من مهارات البحث والتواصل والمهارات الاجتماعية. (Lindsey, 2002).

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية:

- الخطيب، جمال (2008) التربية الخاصة المعاصرة - قضايا وتوجهات، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- الروسان، فاروق (2009) قضايا ومشكلات في التربية المعاصرة، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- القمش، مصطفى، المعايطة، خليل (2007) سيكولوجية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- محمد، فتحي، (2008) التربية الخاصة لغير العاديين، ط1، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر.
- الصمادي، جميل، الناطور، ميادة، (2003) تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، الجامعة العربية المفتوحة، عمان، الأردن.
- عبيد، ماجدة (2000) تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الروسان، فاروق (2001) سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط5، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- قطناني، محمد (2011) أسس رعاية وتعليم الموهوبين والمتفوقين، ط1، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الزهيري، إبراهيم، (1998) فلسفة ذوي الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

- الزهيري، إبراهيم، (2002) تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم، إطار فلسفي وخبرات علمية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- محمود، محمد إقبال (2006) الأطفال غير العاديين، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن.
- فضة، وفاء (2004) الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2007) مدخل إلى التربية الخاصة، ط2، مكتبة الفلاح، الكويت.
- القمش، مصطفى (2011) الإعاقات المتعددة، دار المسيرة، عمان.
- الخطيب، جمال (2004) تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، دار وائل، عمان.
- القمش، مصطفى، المعايطة، خليل (2007)، سيكولوجيا الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، عمان.
- الحديدي، منى، (2009) مقدمة في الإعاقة البصرية، ط3، دار الفكر، عمان، الأردن.
- عبيد، ماجدة، (2011) المبصرون بأذانهم (المعاقون بصرياً)، دار الصفاء، عمان، الأردن.
- العزة، سعيد (2000) الإعاقة البصرية، دار الثقافة للنشر، عمان، الأردن.
- الداهري، صالح حسن (2008) سيكولوجية رعاية الكفيف والأصم، الطبعة الأولى دار الصفاء، عمان، الأردن.
- زريقات، إبراهيم (2010)، التوحد السلوك والتشخيص والعلاج، دار وائل، عمان، الأردن.
- عمر، ماهر محمود عمر، (1990)، سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، مصر.

- جلال، سعد، (1989)، علم النفس الاجتماعي، منشورات جامعة قاريونس، بنغازي، ليبيا.
- عوض، عباس محمود، (1980)، علم النفس الاجتماعي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- عيسوي، عبد الرحمن، (1980)، علم النفس بين النظرية والتطبيق، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- طعيمة، فوزي، البطش، محمد وليد، اتجاهات ومفاهيم الوالدين حول الإعاقة العقلية بالأردن، مجلة دراسات، الجامعة الأردنية، العدد (6)، المجلد (11)، كانون الأول، 1984.
- القمش، مصطفى، السعايدة، ناجي، (2008)، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- غريب، عبد الفتاح غريب، (1993)، موضوعات مختارة في علم النفس الاجتماعي، دار النهضة المصرية، القاهرة.
- توفليس، هانم صلاح، (1998)، «فاعلية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات المعلمين تجاه الإعاقة البصرية»، رسالة دكتوراه، غير منشورة، قسم الصحة العامة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى، (1997)، مدخل إلى التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، دار الفلاح للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الإمارات العربية المتحدة.
- الروسان، فاروق، (2000)، دراسات في أبحاث التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن.
- زياد، محمد (2004)، الصعوبات التعليمية في الطفولة المبكرة، الكشف والتدخل المبكرين، مجلة أطفال الخليج.
- عاكف، محمد، (2005)، التدخل المبكر معاني ودلالات، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- يحيى، خولة (2006)، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال وآخرون، (2007)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- يحيى، خولة، (2008)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، ط2، دار الفكر، عمان، الأردن.
- الببلاوي، إيهاب، (2010)، الإعاقات البدنية والصحية، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.
- الخطيب، جمال، (2003) مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، ط2، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- كوافحة، تيسير، يوسف، عصام، (2007) تربية الأفراد غير العاديين في المدرسة والمجتمع، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- الزهيري، إبراهيم، (2003) تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ديان برادلي، (ترجمة السرطاوي، والشخص)، (2000) الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات.
- عبيد، ماجدة (2000) تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار الصفاء، الأردن.
- عزب، نهى، (2002) أثر الدمج بين الأطفال المعاقين ذهنياً والأطفال الأسوياء على تعلم المهارات الأساسية في السباحة، رسالة ماجستير، بحث غير منشور جامعة حلوان، القاهرة، مصر.
- جفال، عبير، الدمج الشامل بين النظرية والتطبيق إعداد المعلمين للعمل في المدارس الشاملة، بحث منشور إلكترونياً.

- الخشرمي، سحر، (2003) دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية دراسة مسحية، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، عدد 16.
- مرزوق، سماح عبد الفتاح (2010) دار المسيرة، عمان، الأردن.
- بطرس، بطرس حافظ (2010)، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- الروسان، فاروق، (2008)، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، الطبعة الرابعة، دار الفكر، عمان، الأردن.
- الشنطي، راشد، (1983)، دلالات صدق وثبات اختبارات تورانس للتفكير الإبداعي، صورة معدلة للبيئة الأردنية، الاختبار اللفظي والاختبار الشكلي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الوقفي، راضي، (2009)، صعوبات التعلم، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- القطناني، محمد (2012) تربية الموهوبين وتنميتهم، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص21.
- القمش، مصطفى، المعايطة، خليل، (2009)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2.
- يحيى، خولة، عبيد، ماجدة، (2005)، الإعاقة العقلية، دار وائل، الطبعة الأولى.
- الروسان، فاروق، (2005)، مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر، الطبعة الثالثة.
- السرطاوي، عبد العزيز، أيوب، عبد العزيز (2000)، الإعاقة العقلية، مكتبة الفلاح، الطبعة الأولى.
- زيتون، كمال، عبد، (2003)، التدريس لذوي الحاجات الخاصة، القاهرة عالم الكتب، الطبعة الأولى.

- محمد، عبد الصبور (2005) التخلف العقلي في ضوء (نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية)، الرياض، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.
- القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل (2001) المدخل إلى التربية الخاصة، الإمارات العربية المتحدة، دار القلم للنشر والتوزيع.
- مسعود، نجوى (2010)، واقع معلمي ومعلمات معاهد وبرامج التربية الفكرية للإنترنت ومدى استفادتهم منه في تطوير كفاياتهم المهنية، بمدينة الرياض، متطلب لنيل رسالة الماجستير جامعة الملك سعود.
- محمود، محمد إقبال، (2006) الأطفال غير العاديين. مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن.
- الروسان، فاروق، (2001) مناهج وأساليب تدريس مهارات الحياة اليومية لذوي الفئات الخاصة، الصفحات الذهبية، الرياض، السعودية.
- محمد، عفاف أحمد، محمد، نهى مصطفى (2004)، الفن وذوي الاحتياجات الخاصة، المصرية، القاهرة.
- مرعي، توفيق أحمد، الحيلة، محمد محمود (1998)، تفريد التعليم، دار الفكر، الأردن.
- اللبابيدي، عفاف، خلايلة، عبد الكريم (1993)، سيكولوجية اللعب، دار الفكر، الأردن.
- د. جمال الخطيب وآخرون (2009) مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- القاسم، جمال، (2000)، أساسيات صعوبات التعلم، (الطبعة الأولى)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- الوقفي، راضي، (2003)، صعوبات التعلم النظري والتطبيقي، (الطبعة الأولى) كلية الأميرة ثروت، عمان.
- الوقفي، راضي، (2004)، أساسيات التربية الخاصة، جهينة للنشر والتوزيع، عمان.

- كيرك، كالفانت، صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، ترجمة السرطاوي، عبد العزيز، السرطاوي، زيدان، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- العلبي، وطالو، محيي الدين (1986)، تطور الجنين وصحة الحامل، بيروت، دار ابن كثير.
- التهامي، حسين أحمد عبد الرحمن، (2006)، تربية الأطفال المعاقين سمعياً، في ضوء الاتجاهات العالمية الحديثة، الهرم، الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- الحمد، عبد الرحمن سليمان والببلاوي، إيهاب، (1426هـ 2005)، المعاقون سمعياً، الرياض، دار الزهراء.
- الخطيب، جمال وآخرون، (2011)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان، دار الفكر.
- الدباغ، كامل أدهم، (غ م)، الحواس في تجارب، السلسلة العلمية، سلسلة نتعلم من التجربة، 3(4)، بغداد، دائرة ثقافة الأطفال.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2009)، الإعاقة السمعية: مبادئ التأهيل السمعي والكلامي والتربوي، عمان، دار الفكر.
- عبد الحي، محمد فتحي، (2008)، الإعاقة السمعية وبرامج إعادة التأهيل، ط2، العين، دار الكتاب الجامعي.
- عبد العزيز، سعيد (2005)، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- القريطي، عبد المطلب أمين، (2005) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، مزيدة ومنقحة، القاهرة، دار الفكر العربي.
- القريوتي، إبراهيم, والدقاق، زهرة على، (2006) الإعاقة السمعية: دليل الوالدين في التعامل مع ذوي الإعاقات السمعية، عمان، دار يافا التعليمية ودار مكين.

- المركز التخصصي للاستشارات الطبية، (غ م)، المواضيع الطبية: فقدان السمع، البحرين (اتصال مباشر).
- الروسان، فاروق، وآخرون (2011)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، ط4، عمان، دار الفكر.
- إبراهيم الزريقات، (2006)، الإعاقة البصرية «المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية»، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان.
- عبد الله الكيلاني، (2006)، فاروق الروسان، التقويم في التربية الخاصة، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان.
- عبد الرحمن سليمان، (1989)، سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد الرحمن، سليمان، (2007)، المعوقون بصرياً، دار الزهراء، الرياض.
- الروسان، فاروق، (2010)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الثامنة، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الزريقات، عبد الله (2010)، التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للطباعة والنشر.
- الزارع، نايف (2010)، المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون.
- الشامي، وفاء، (2004، أ)، خفايا التوحد: أشكاله وأسبابه وتشخيصه، الطبعة الأولى، جدة: الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
- الشامي، وفاء، (2004، ب)، سمات التوحد، الطبعة الأولى، جدة، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
- الشامي، وفاء، (2004، ج)، علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية، الطبعة الأولى، جدة: الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

- رمضان، الطنطاوي، (2008) الموهوبون أساليب رعـايتهم وأسـاليب تدريسـهم، الطبعـة الأولى، عـمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، أبو قلى، السيد عبـد الحميـد، «الطـلاب الموهـوبين ذوو صـعوبات الـتعلم»، (2007).
- فاروق الروسان، عبد الـلـه الكيلاني، التقويم في التربية الخاصة، الطبعة الأولى (2006)، دار المسـيرة للنشرـ والتوزيع والطباعة.
- القرطبي، عبد المنعم أمين، الموهوبـون والمتفوقـون خصائصـهم واكتشـافهم ورعـايتهم، دار الفكـر العـربي، الطبعة الأولى.
- سليمان، عبد الرحمن سـيد، «المتفوقـون عقليـاً وخصائصـهم، اكتشـافهم، رعـايتهم، مشـكلاتهم»، القـاهرة مكتبة زهراء الشرق، (2004)، الطبعة الأولى.
- الهويدي، زيد، وجمل، محمد جهاد، (2003) أسـاليب الكشـف عـن المبـدعين والمتفـوقين وتنميـة التفكـير الإبداعي، الطبعة الأولى، العين، دار الكتاب الجامعي.
- السرور، ناديا هايل (2003) مـدخل إلى تربيـة المتميـزين والموهـوبين، الطبعـة الرابعـة، عـمان: دار الفكـر للطباعة والنشر والتوزيع.
- جروان، فتحي عبد الرحمن (2002) أساليب الكشف عن الموهوبين والمتفـوقين ورعـايتهم، الطبعـة الأولى، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- خوري، توما جورج، (2002) الطفـل الموهـوب والطفـل بطـيء الـتعلم، الطبعـة الأولى، بـيروت: المؤسسـة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- سعيد، العزة (2002) تربية الموهوبين والمتفوقين، الطبعة الأولى، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- حواشين، زيدان مفيد (1998) «تعليم الأطفال الموهوبين»، الأردن، عمان، دار قطر للنشر والتوزيع.

- رأفت محمد علي الجديبي، رعاية الموهوبين، شمس للطباعة والنشر، 1425، جدة.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى (2003)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، ط2، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، حولي، الكويت.
- القمش، مصطفى والمعايطة، خليل (2007)، أساسيات التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الطريق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الهنداوي، علي، والزغلول، عمان (2002) مبادئ أساسية في علم النفس، الطبعة الأولى، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان.
- عبد الهادي، جودت، والعزة، سعيد (2001)، تعديل السلوك الإنساني، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- الحازمي، عدنان (2007)، الإعاقة العقلية، دليل المعلمين وأولياء الأمور، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
- البدري، طارق عبد الحميد، (2005)، إدارة التعليم الصفي، الأسس والإجراءات، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- نبهان، يحيى، محمد (2008)، الإدارة الصفية للاختبارات، دار اليازوري العلمية، عمان.
- السويدان، أمل، والجزار، منى (2007)، تكنولوجيا التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن.
- القحطاني، عبد الله (2008) تقييم البرامج الناطقة التي يستخدمها المكفوفون في الدول العربية من وجهة نظر المستخدمين أنفسهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- سلامة، عبد الحافظ (1999)، تصميم وإنتاج الوسائل التعليمية في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن.
- Lindsey, J.E (2002)، استخدام الحاسوب والأجهزة مع الأفراد غير العاديين، ترجمة السرطاوي، عبد العزيز، وخشان، أيمن، وأبو جودة، وائل، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي، الإمارات العربية، (الكتاب الأصلي منشور سنة 1987).

- BITTER, GARY, & Pierson, Melissa (2007)، استخدام التكنولوجيا في الصف، ترجمة عمور، أميمة وأبو رياش، حسين، دار الفكر، عمان، الأردن.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Hallahan, D. Kauffman, J. (2009), Exceptional Learners: Introduction to Special Education. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Hallahan D. Kauffman, V. & Pullen, C (2012) learners Exceptional children: introduction to special education, PEARSON, Poston USA.
- Hallahan, Daniel P.& Kauffman, James M. & Pullen, Paige C., (2012), Exceptional Learners: Introduction to Special Education, 11 ed. Bosten: Allyn & Bacon.
- Joan A., Royale Mike Walsh (1993). Watson's Medical – SURGICAL NURSING ANDRELATED PHYSIOLOGY, 4TH EDIT: LONDON: ELBS.
- Tortora, Gerad J. Anagnostakos, Nicholas P. (1993). Principles of Anatomy and Physiology, 6th edit. New York: Harper & Row.
- Hallahan, Daniel P etal (2009) Exception an introduction to special education. New York: Pearsson l learners.
- Hallahan, D. P, Kauffman, J. M, 2003, Exceptional Learners.
- Hallahan, Daniel, P. Kauffman, Jamer, M. & pullen, paige, c. (2012). Exceptional Learners; Introduction to special education. Boston, New York; ALLYn & Bacon.
- **Kirk, Samuel, Gallagher, James j, Anastasiow, Nicholas j, (2003),**

Educating Exceptional Children, 10th Edition, New York: Houghton Mifflin Company.

- MARVIN, D., & PETER, D. (1979), A. Developmental View. EXCETIONAL CHILDREN, 76-77.

ثالثاً: المواقع إلكترونية:

- http://manar-se.uet
- http://www.uae.ii5ii.com
- http://www.ibtesama.com
- http://tarbiya.maktoobblog.com
- www.gulfkids.com أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة
- www.maktoob.com منتدى مجموعة التكنولوجيا موضوع الكفايات التعليمية لمعلم التربية الخاصة
- www.gulfkids.com رؤية مستقبلية لإعداد المعلم
- http://www.ehow.com/list 6669332 characteristics special- education-teacher. html خصائص معلم التربية الخاصة
- http://www.youtube.com/watch?v=WZX5-UoJ8Fc
- www.alasad.net/vb/showthread.php?t
- http://www.mencap.org.uk/html/about_learning_disability_causes.asp
- http://www.audiblox2000.com/ learning_disabilities/ causes_ learning_ disabilities.htm
- http://www.gulfkids.com/ ar/ index.php?action= show_ res&r_ id= 48&topic_ id=673

- http://www.medicalcom.net
- Brain map web site.
- Anatomy of the eye-web site.
- http://www.gulfkids.com/vb/showthread.php?t=4905
- http://webcach.googleusercontent.com/search?q= cache: TzU46geIh44J: faculty.ksu.edu.sa/ALMATAR/courses
- http://www.gulfkids.com

تم بحمد الـلـه

